

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:

ALFÖLDY ZOLTÁN DR.
BRAUN PÁL DR.
DARABOS PÁL DR.
ECKHARDT SÁNDOR DR.
† FISCHER ANTAL DR.
FÜZI ISTVÁN DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR.
PETRI GÁBOR DR.
PETRÁNYI GYULA DR.
SZÁNTÓ GYÖRGY DR.

*

Felelős szerkesztő:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

Munkatársak:

PAPP MIKLÓS DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
BTAGE ZSUZSANNA DR.
WALSA RÓBERT DR.
BUDA BÉLA DR.
HONTI JÓZSEF DR.
VÉRTES LÁSZLÓ DR.

*

120. ÉVFOLYAM

*

35. SZÁM

*

1979. SZEPTEMBER 2.

TARTALOMJEGYZÉK

Németh Árpád dr.:

Hyalinmembran betegség
és a perinatalis halálozás 2099

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Papp István dr., Radnai Tibor dr.,
Ritecz Éva dr., Kurowszky Ildikó dr.
és Héra György dr.:
Az iskolaéretlenség okairól 2105

Avar Zoltán dr., Mauks György dr.
és Kangyal György dr.:
A vírushepatitis jelentősége
a gestatio prognózisára 2109

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Széplaki Sándor dr.:
Symptomás sinus bradycardiás,
sick sinus syndromás
és pitvar-kamrai blockos betegek
tartós Benciclan (Halidor) kezelése 2113

STATISZTIKAI TANULMÁNYOK

Rex-Kiss Béla dr. és Szabó László dr.:
A vércsoportok (vörösvérsejt-membran
allotípusok, szérumfehérje és enzim
polimorfizmusok) megoszlása
Magyarország népességében 2119

ÚJABB VIZSGÁLÓ ELJÁRÁSOK

Domokos Nándor dr. és Kerekes Lajos dr.:
A magzati tüdő funkcionális érettségének
megítélése a magzatvíz felületi
feszültségének mérése alapján 2123

RITKA KÓRKÉPEK

Goldschmidt Béla dr. és Hervei Sarolta dr.:
Haemangioendotheliosarcomához társuló
consumptió coagulopathia 2127

Beszámolók, jegyzőkönyvek 2130
Folyóiratreferátumok 2133
Könyvismertetés 2149
Hírek 2154

OVIDON[®] tabletta

ÖSSZETÉTEL: 1 tabletta 0,25 mg d-norgestrelt és 0,05 mg aethinyloestradiolumot tartalmaz.

HATAS: Az OVIDON két komponensű, orálisan alkalmazható anticoncipiens, amely az ovuláció gátlásával hat. Optimálisan alacsony hatóanyag-tartalma miatt ritkán okoz mellékhatást, a szervezetet nem károsítja, a későbbi – már kívánt – terhességet nem befolyásolja.

JAVALLAT: Orális fogamzásgátlás

ELLENJAVALLATOK: Hepatitis utáni állapotok, súlyos idiopathiás terhességi icterus és súlyos terhességi pruritus az anamnesisben, Dubin-Johnson- és Rotor-syndroma, májműködési zavarok, cholecystitis, thrombosis-készség, súlyos organikus szívbetegség, chronikus colitis, az endocrin mirigyek betegségei, malignus tumorok, elsősorban emlőcarcioma, továbbá lactatio és intolerancia.

ALKALMAZÁS ÉS ADAGOLÁS: Az OVIDON tabletta szedését a menstruatio első napjától számított 5. napon kell elkezdni, és 21 napon át napi 1 tablettát kell azonos napszakban, lehetőleg este bevenni. Ezt követően 7 nap szünetet kell tartani, ami alatt menstruatio-szerű megvonásos vérzés jelentkezik. Függetlenül ennek bekövetkeztétől és tartamától az 1 hetes szünetet követő napon az újabb 21 napos kúra megkezdhető. A fenti adagolási mód mindaddig folytatható, amíg a terhesség megelőzése kívánatos. Rendszeres szedés esetén a fogamzásgátló hatás az 1 hetes tablettaszedési szünetre is kiterjed. Ha a tabletta bevétele egy napon elmarad, ezt legrövidebb időn belül pótolni kell. Nem tekinthető folyamatosnak az ovulációgátlás, ha a kúra folyamán 2 tabletta bevétele között 36 óránál hosszabb idő telik el. A kezelés során esetleg jelentkező enyhe, pecsételő vérzés nem indokolja a kúra megszakítását. Erősebb áttöréses vérzés esetén a tabletta szedését abba kell hagyni, és a vérzés 1. napjától számított 5. napon újabb 21 napos kúrát kell elkezdni. Az áttöréses és pecsételő vérzés jelentkezése az OVIDON-kúrák előrehaladtával csökken, majd rendszerint meg is szűnik. Functionalis vérzészavarok, középidős fájdalom, dysmenorrhoea esetén az OVIDON tabletta therapiás értékű.

MELLÉKHATÁSOK: A kúra kezdetén esetleg jelentkező gastrointestinalis tünetek, mellfeszülés, testsúlynövekedés a folyamatos kezelés során rendszerint csökkennek vagy megszűnnek. Varicositasban, epilepsiában, hypertoniában, depressióval járó psychiatriai kórképekben, diabetes mellitusban a készítmény alkalmazása körültekintést igényel.

MEGJEGYZÉS: ✕ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS: 21 tabletta

Térítési díj: 2,20 Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

Hyalinmembran betegség és a perinatalis halálozás

Németh Árpád dr.

Magyarországon a perinatalis halálozás arányának alakulásában a koraszülöttek magas száma okozza a legtöbb gondot (1954-ben 6%, 1975–76-ban 12%), akiken a szöveti éretlenség és a perinatalis asphyxia következtében kialakuló idiopathiás respirációs distressz szindróma (továbbiakban IRDS), valamint ennek szövődésményei jelentik a vezető halálokat. Az irodalmi adatok szerint a koraszülöttek RDS megbetegedési aránya kb. 20% és ezen RDS esetekben a mortalitás több mint 30% (2, 7, 12, 23, 30, 33, 37, 38, 38/a).

Az újszülöttekben kialakuló respirációs distressz szindróma nehezen befolyásolható következményekkel jár: acidosis és hőregulációs zavarok mellett a persistáló foetalis keringés, ill. pulmonalis hypoperfusio, az alveolaris transsudatio és hámkárosodás, a hyalinmembran betegség (továbbiakban: HMB), a hypoxiás érfali laesio, a véralvadási zavarok, valamint a subependymalis, ill. kamrai agyvérzés tünetei a leggyakoribbak (2, 8, 18, 21, 24, 25, 26, 27, 30, 39).

Az IRDS pathogenezisével, tüneteivel és terápiás lehetőségeivel elsősorban klinikai és experimentális közlemények foglalkoznak, melyek az utóbbi években — a steroid prevenció és a gépi lélegeztetés bevezetése óta — jelentős sikerekről számoltak be (16, 17, 22, 29, 36, 41, 44).

A hazai vonatkozású kritikai áttekintés alapján azonban úgy látszik, hogy Magyarországon a helyzet kevésbé kedvező (24).

Ezt is figyelembe véve dolgoztuk fel a Pécsi Orvostudományi Egyetem Kórbonctani Intézete 15 éves csecsemőboncolási anyagát, azzal a megfontolással, hogy a 60-as és 70-es évek újszülöttboncolási anyagában a HMB gyakoriság és a kísérő patho-morphológiai leletek összehasonlító statisztikai elemzése — közvetett módon — az utóbbi öt évben alkalmazott intenzív respirációs kezelés hatékonyságának fokmérője lehet, ill. fölhívhatja a figyelmet az aktív beavatkozás problémáira.

Az így nyert statisztikai adatok fényében szükségesnek látszott a fontosabb perinatalis halálokok, ill. pathológiai leletek összefoglaló értékelése, főként a hyalinmembran betegség (HMB) kialakulásában szerepeltethető pathogenetikai tényezők felmérése, külön hangsúllyal az esetleges iatrogen ártalmak lehetőségére, annál is inkább, mert a csecsemő boncesetek száma változatlanul magas.

Anyag és módszer

A Pécsi Orvostudományi Egyetem Kórbonctani Intézetében az 1963–77 közötti 15 éves időszak 1 hónapon belül meghalt csecsemő bonceseteinek száma 2825, amely az összes boncolások 17,2%-át tette ki.

1. A morbiditási adatok változását három ötéves periódusra bontva elemeztük annak érdekében, hogy a koraszülöttek intenzív ellátásának elmúlt öt évét (1973–77) a boncletek tükrében lássuk, ill. összevethessük a hagyományos ellátás időszakának (1963–67) leleteivel, nem mellőzve a közbeeső öt év (1968–72) adatait sem.

2. A „konzervatív” és intenzív ellátás (első és utolsó periódus) korszakából kiemelten analizáltuk a tüdő pathológiás elváltozásainak típusait, és a leggyakrabban talált lelet, a hyalinmembran betegség (HMB) egyéb körelváltozásokhoz való viszonyát.

A tüdőelváltozások statisztikai értékelésében csak a szövettani vizsgálattal tisztázott eseteket vettük figyelembe, amely 1963–67 868 esetéből 630 (73%), 1968–1972 915 esetéből 720 (79%), 1973–77 1042 esetéből 868 (83%) volt. A korábbi és a jelenlegi időszak tüdőszövettani leleteinek egységes értékelése érdekében az 1963–67-es periódusból 150 válogatás nélküli csecsemőtűdőt újra feldolgoztunk (esetenként 2–2 tüdőki-metszés állt rendelkezésünkre), és az így talált HMB gyakoriságot is jelezzük. Az utóbbi 5 évben (1973–77) minden csecsemőtűdőből lebenyenként 1–1 kimetszés mikroszkópos leleteit volt módunkban értékelni.

A statisztikai analízist 9810 A típusú Hewlett Packard asztali kalkulátoron végeztük. A csoportonként analizált adatok összehasonlítása és a szignifikancia meghatározása a χ^2 próba alapján történt.*

Megfigyelések

Az egy hónapon belül meghalt és boncolt esetek száma a Pécsi Orvostudományi Egyetem Kórbonctani Intézetében 1963–67 öt évében 868, 1973–1977 között összesen 1042. A 20%-os emelkedés csak részben magyarázható a két éve (1975) megszervezett Perinatalis Intenzív Centrum (továbbiakban PIC) megnövekedett területi feladataival.

A perinatalis halálozás főbb morbiditási adatait összehasonlítva megállapítható, hogy az 1000 g testsúly alatti, nagyon éretlen koraszülöttek, a halvaszületettek, valamint a súlyos fejlődési rendellenességgel születettek arányában nincs szignifikáns különbség. A 60-as évekhez viszonyítva lényegesen csökkent a halálos kimenetelű coli infekciók száma. Az IRDS klinikai diagnózisa szembetűnő emelkedést mutat (4,15% → 27,44%), amely azonban nem ráis, és elsősorban abból adódik, hogy a körkép a 60-as években kevésbé volt ismert, ill. tisztázott. Az 1968–72-es közbeeső öt évben az IRDS frekvencia már 25% (225/915), ehhez viszonyítva az utolsó öt évben az IRDS előfordulás csak mérsékelten emelkedett.

A klinikailag diagnosztizált IRDS esetekben a HMB előfordulás a korábbi 22%-ról 52%-ra nőtt, eszerint a kórszövettani diagnózis ma az ilyen esetek kb. 50%-ában hyalin membran — de 50%-ban nem az! (Ugyanakkor a HMB-t mint klinikai diagnózist a kórszövettani leletek kb. 40%-ban nem támasztották alá.) Ezek az arányok különösen az utóbbi öt évben (1973–77) érdemelnek figyelmet,

* A statisztikai elemzést a Pécsi Orvostudományi Egyetem Számítástechnikai Csoportjából Schmelcz Margit matematikus végezte el, melyért ezúton is kifejezzük őszinte köszönetünket.

amikor a csecsemőtüdők minden lebenyéből szövettani feldolgozás történt és a HMB lelete általában minden kimetszésben egységesen jelen volt.

Az utóbbi öt évben — a tentorium és falx redpésszel magyarázott agyfelszíni vérzések csökkenő számával szemben ($21\% \rightarrow 7,87\%$) — nagymértékben megzsaporodott a subependymalis vérzéssel kezdődő ún. haematocephalus internus esetek előfordulása ($9,67\% \rightarrow 23,22\%$), feltűnően magas arányban hyalinmembran betegséggel együtt ($18,3\% \rightarrow 32,4\%$). Érdekes, hogy az IRDS klinikai diagnózisa mellett a kamrai agyvérzés azonos aránnyal kb. 40% -ban fordult elő mindhárom periódusban. Az 1968—72-es periódusban az intermeningeális vérzések diagnózisának feltűnően magas aránya biztosan nem a szülési traumák számának zsaporodását jelzi — részben talán csak túldiagnosztizált meningeális vérbőség lehetett (1. táblázat).

Ha a csecsemők boncolása során talált, szövettani vizsgálattal igazolt tüdőelváltozásokat hasonlítjuk össze, a legfeltűnőbb az utóbbi öt évben a HMB, valamint a súlyos tüdővérzéssel járó esetek rendkívüli megzsaporodása. A jelentősen nagyobb számú csecsemőboncolási anyagban 1973—77 között a HMB gyakoriság 2,5-szeresre, $13,01\%$ -ról $33,75\%$ -ra, a tüdővérzések aránya $7,3\%$ -ról $20,1\%$ -ra emelkedett a tíz évvel korábbi időszakhoz viszonyítva. Az amnion aspirációra utaló leletek száma mérsékelten csökkent, a bronchopneumonia előfordulása a két időszakban azonos, kb. 11% (1. ábra).

Ha a két időszak HMB eseteit a születési súly szerinti bontásban analizáljuk és így hasonlítjuk össze, az utóbbi öt évben a HMB előfordulása magasán szignifikáns emelkedését tapasztaljuk minden súlycsoportban. A legfeltűnőbb egyrészt az

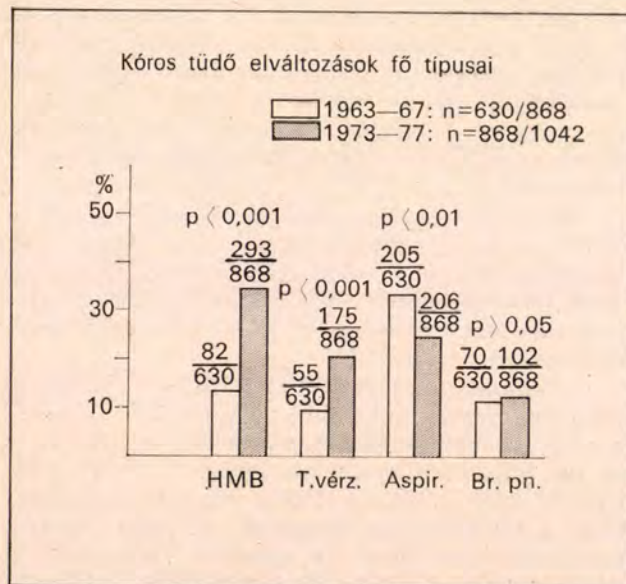
1500—2000 g közti csecsemőboncolások lelete, ahol a korábbi 20% -kal szemben jelenleg már 52% -ban volt HMB a tüdő kórszövettani diagnózisa, másrészt a 2500 g születési súly feletti, nem koraszülött csoport, ahol a HMB előfordulás 6% -ról 22% -ra nőtt (2. ábra).

Lényegében hasonló, erősen szignifikáns különbségeket találtunk, ha a HMB gyakoriságot a születés és a halál közt eltelt idő függvényében vizsgáljuk: a korábbi 22% -kal szemben 1973—77 között a 12—24 óráig élt csecsemők 50% -a halt meg szövettanilag igazolt HMB miatt. Emellett a 60-as évek hasonló korú csecsemő bonceseteihez viszonyítva — a 24—48 óráig éltek között 4-szeres, a 48 órán túl meghaltak csoportjában 8-szoros a HMB frekvencia növekedés (3. ábra). A patológiai leletek áttekintése azt is mutatja, hogy elsősorban kamrai agyvérzés, másrészt tüdővérzések kísérik gyakrabban a HMB-t (4. ábra).

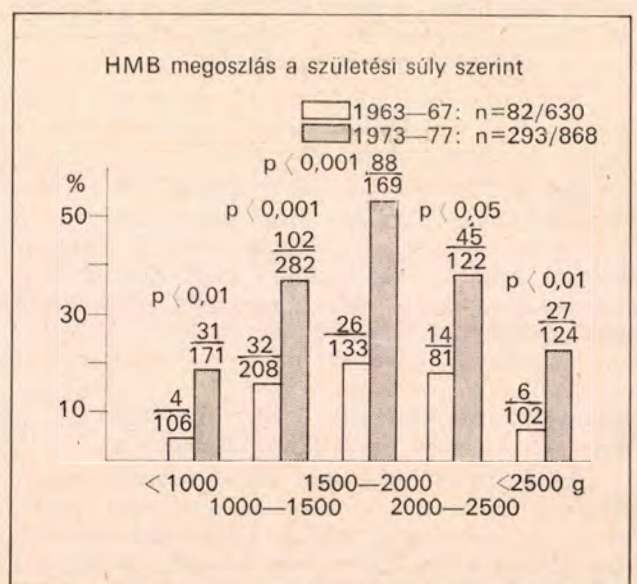
Az 1977. évi csecsemő bonceseteket külön analizálva még jobban szembetűnik, hogy az itt már 37% -os HMB frekvencia lényegében egyforma aránnyal oszlik meg az 1500 g testsúly alatti és feletti csoportban, közel 50% -ban található a 24 óránál korábban meghaltak, ill. a hosszabb ideig élt csecsemők között. Feltűnő, hogy anyai, steroid preventióval kezelt csoportban és a biztosan kezeltlen kontroll csoportban a HMB gyakoriság nem mutatott különbséget, továbbá hogy a csecsemő agy/máj súly alapján megítélt dismaturitás mellett, valamint a császármetszéssel születettek csoportjában a HMB rendkívül magas aránnyal volt megtalálható (2. táblázat).

Megbeszélés

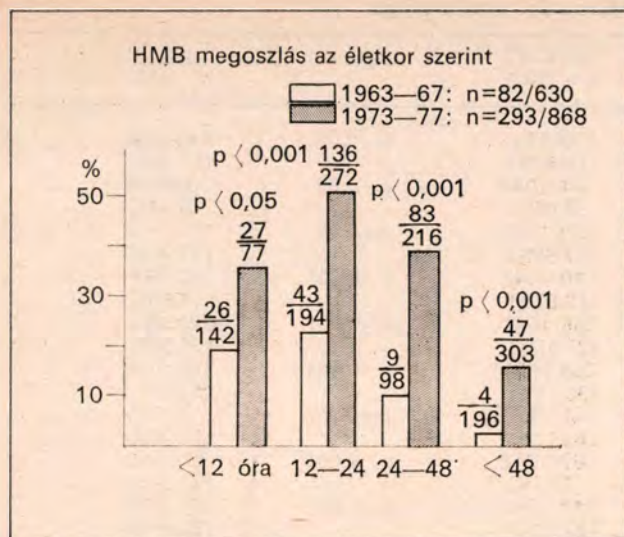
Az IRDS háttérében álló pathogenetikai tényezők közül ma a szerzők többsége a tüdőszövet



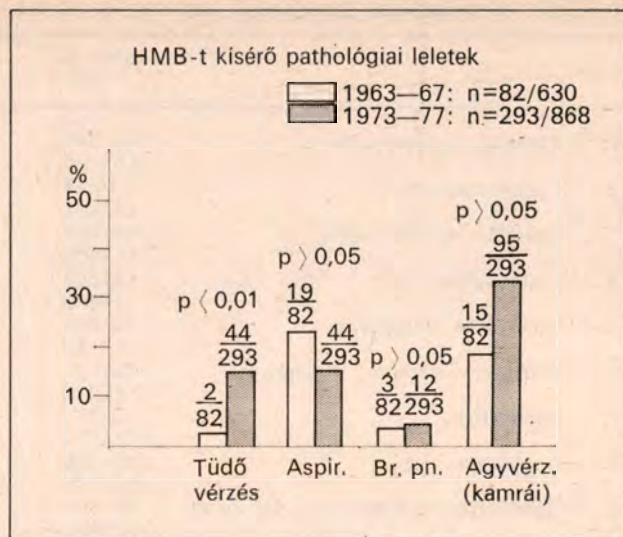
1. ábra: n = a számlálóban a szövettani vizsgálattal feldolgozott össz esetszám, az oszlopok felett a jelzett elváltozások arányai.
Megjegyzés: korábban 35% -ban, az utóbbi 5 év eseteinek 11% -ában a kiemelt kórszövettani elváltozások egyike sem szerepelt



2. ábra: n = a számlálóban a szövettani vizsgálattal igazolt HMB pozitív esetek száma, az oszlopok felett a jelzett súlycsoporton belüli HMB előfordulás arányai



3. ábra: n = a számlálóban a szövettani vizsgálattal igazolt HMB pozitív esetek száma, az oszlopok felett a jelzett életkor szerinti HMB előfordulás arányai



4. ábra: n = a számlálóban a szövettani vizsgálattal igazolt HMB pozitív esetek száma, az oszlopok felett a HMB-t kísérő pathológiai leletek arányai

biochemiai éretlenségét és a surfactans lipidek hiányának jelentőségét említi első helyen (2, 3, 4, 11, 28, 35).

Azáltal, hogy ma már lehetőség kínálkozik az IRDS veszélyeztetettség előrejelzésére (16), a magzati tüdő érésének serkentésére (29), valamint a légzési elégtelenség monitorizált kompenzálására, elvárható lenne a letális kimenetelű IRDS esetek számának csökkenése és a HMB fokozatos eltűnése. A boncolási leletek — legalábbis saját anyagunkban — ennek ellenkezőjére hívják fel a figyelmet.

1. A csecsemő boncesetek (elsősorban a koraszülöttek) száma nem csökkent, inkább emelkedő tendenciát mutat, 1963—1977 között.*

2. Az IRDS klinikai diagnózisa változatlanul magas aránnyal szerepel (27,4%) a csecsemőboncolások kórtörténetében.

3. A hyalinmembran betegség (HMB) egyre gyakoribb kórszövettani diagnózis (korábban 13% — 1977-ben 37%). Ez az emelkedés nem magyarázható patho-morphológiai szemléletváltozással. Erre utal, hogy az 1963—67-es időszakból 150 válogatás nélküli csecsemő tüdőszövettani metszeteit újra értékelve 13% helyett — elsősorban a korai hyalinmembran kiválás pozitív értékelése miatt — 17,5 százalékos HMB gyakoriságot találtunk, amely így is kevesebb mint a fele az 1977-es 37%-nak.

4. A csecsemő tüdő kórelváltozásai között a tüdővérzések előfordulási aránya 8,7%-ról 20,1%-ra nőtt.

5. A kamrai aggyvérzések megszorodása (9,5% → 23,2%) a perinatalis pathológia speciális problémája. Kialakulásában a hypoxiás érfa károsodás, az acidosis és a több okra visszavezethető át-

* Az 1967 óta rendelkezésre álló betegforgalmi adatok szerint a Pécsi OTE, Gyermekklinika koraszülöttsztyán a halálozás évi 22—28% között változik. Az utóbbi évek beteganyagában a súlyos IRDS esetek aránya emelkedett.

meneti vérzékenység mellett egyéb pathogenetikai tényezők szerepe sem kizárt (6, 21, 27, 34).

Az elmúlt 15 év csecsemő-morbiditási adatainak ismeretében kíváncsúnak látszik újra összefoglalni az IRDS és a HMB legjellemzőbb vonásait:

a) Az IRDS kórképe klinikailag jól körülírható, tachypnoeával, inspiratoricus thoracalis retractionnal, nyögő légvétellel, cyanosissal, a tüdőcompliance csökkenésével, jobb-bal cardio-pulmonalis shuntokkal, ill. tüdő hypoperfúzióval, pO_2 csökkenéssel, pCO_2 emelkedéssel, respiratorikus és metabolikus acidosis, hypocalcaemiával és hyperkalaemiával, valamint speciális radiológiai leletekkel jellemezhető állapot, amely súlyos esetben, ill. kezelés nélkül exitushoz vezet (2). Az ilyen tüdők histológiai vizsgálatakor éretlenség, atelectasia, congestio, ductus alveolaris tágulat mellett oedema, vérzés és hyalinmembran található, de nem feltétlenül mindegyik.

b) A hyalin membran a respirációs rendszer bronchoalveolaris hámfelszínének súlyos károsodását jelző, necrotizált epithel sejtekből és fibrinből álló „pörkszerű” elváltozása, mely sok esetben reversibilis, és az alveolaris phagocytáló sejtek aktivitása, valamint a hám regenerációja útján gyógyulhat (14).

Eszerint az IRDS komplex klinikai syndroma, a hyalinmembran elsősorban morphológiai fogalom, amelyek szoros pathogenetikai, ill. kauzális kapcsolatban állnak, de nem azonos jelentésűek. Ezt igazolja saját anyagunk is, amelyben az IRDS mint klinikai diagnózis és a hyalinmembran mint kórszöveti lelet az esetek 40—50%-ában nem fedték egymást.

c) A tüdővérzés az alveolaris-kapillaris határfelszín károsodásának vasoregulációs és véralvadási zavarokkal szövődött akutabb formája, mely előfordulhat fokalisan vagy diffúz formában, hyalinmembrannal, ill. anélkül (13, 43). A hyalinmembran és a tüdővérzés a kapillaris endothel és az

1. táblázat. A fontosabb perinatalis pathológiai leletek előfordulási gyakorisága

	1963—67 n = 868	1973—77 n = 1042	sign.++	1968—72 n = 915
1. 1000 g > születési súly	147/868 (16,93%)	193/1042 (18,52%)	p > 0,05	161/915 (17,59%)
2. Foetus mortuus	74/868 (8,52%)	84/1042 (8,06%)	p > 0,05	59/915 (6,44%)
3. Fejlődési rendellenesség	104/868 (11,98%)	129/1042 (12,38%)	p > 0,05	104/915 (11,36%)
4. Enterocolitis (coli)	65/868 (7,48%)	30/1042 (2,87%)	p < 0,001	42/915 (4,59%)
5. IRDS (klin. diagnózis)	36/868 (4,15%)	286/1041 (27,45%)	p < 0,001	225/915 (24,59%)
6. HMB (kórszövettani diagnózis)	82/630 (13,01%)	293/868 (33,76%)	p < 0,001	162/720 (22,5%)
7. HMB/IRDS	8/36 (22,22%)	149/286 (52,1%)	p < 0,05	72/225 (32,0%)
8. Agyfelszíni vérzés	182/868 (20,97%)	82/1042 (7,87%)	p < 0,001	397/915 (43,39%)
9. Subependymalis és kamrai agyvérzés	84/868 (9,68%)	242/1042 (23,22%)	p < 0,001	216/915 (23,61%)
10. Kamrai agyvérzés a HMB pozitív esetekben	15/82 (18,29%)	95/293 (32,42%)	p < 0,05	42/162 (25,92%)
11. Kamrai agyvérzés / IRDS	15/36 (41,66%)	116/286 (40,56%)	p > 0,05	92/225 (40,88%)

n = az össz esetszám, ill. a számlálóban a jelzett elváltozás esetszáma

++ = a frekvencia analízis az 1963—67 és az 1973—77 két öt éves periódusára vonatkozik

alveolaris epithel sejtek, valamint az alveolaris belső felszíneket borító extracelluláris zóna lipid és glycoprotein rendszerének komplex károsodását jelzi.

Az utóbbi 5 évben boncolt esetek 95%-ában rövidebb-hosszabb ideig gépi lélegeztetést alkalmaztak. Ezen populációban a HMB leletének minden súly- és korcsoportban észlelt növekvő aránya iatrogen tényezők, elsősorban az oxigén és a gépi lélegeztetés tüdőkárosító hatására utalhat. Ennek kivédésére a lipidek alveolaris jelenléte önmagában nem elégséges. Már több mint 10 éve ismert, hogy a hyalinmembran mögött, az alveolaris háms sejtek többségében a surfactans lipidek forrásának tartott myelin zárványok megtalálhatók (5). Ez a lipid azonban minőségileg eltérő, a felületi feszült-

séget kevésbé csökkentő, oxidációra érzékeny, telítetlen komponenseket nagyobb mennyiségben tartalmazhat (9, 32, 35).

Ugyanakkor az éretlen tüdőszövet sejtjei, valamint alveolaris, extracelluláris felszínei sokkal érzékenyebbek a distendáló kezelés okozta mechanikai igénybevétel és a magas oxigénkoncentráció szövetkárosító hatásával szemben, mint az érett, ép tüdő (11, 15, 35, 37, 40). Ezt figyelembe véve, az anyai steroid kezelés preventív hatását csak megfelelő óvatossággal lehet értékelni, melyhez feltétlenül szükségesnek látszik a sikertelenül kezelt esetek pathológiai leleteinek részletes elemzése is. Saját anyagunkban a prednisolon profilaxis ellenére jelentős számú csoportban volt kimutatható HMB, amely arra utal, hogy anyai steroid bevitel bizonyos esetekben hatástalan, sőt esetleg potenciálisan veszélyes is lehet (31, 42).

Figyelemre méltó új fejlemény, hogy a foetalis tüdő érését és a surfactans lipid secretiót prolactinnal (20), cAMP bevitellel (19), vagy prostaglandinnal (10) jelentősen fokozni lehet, így a modern respirációs rendszerek és a prednisolon profilaxis alkalmazása mellett a legmegfelelőbb egyéni indukciós kezelésre lehet remény. Ennek megvalósítását minden eszközzel segíteni kell, hiszen sem a pathológiai, sem a klinikai szemléletváltozás nem magyarázza azt a tényt, hogy a csecsemő boncesetek száma változatlanul magas és a boncleletben a kamrai agyvérzés, a HMB és a tüdővérzés gyakorisága ma is egyenletesen emelkedő tendenciát mutat. A jelenlegi perinatalis boncleletek alapján koraszülötteken komolyan kell számolni a postnatalis adaptatio túlzottan intenzív támogatása által okozott komplex iatrogen ártalmakkal, elsősorban az oxigén és a tartós distendáló kezelés éretlen tüdőszöveteket károsító hatásával, ennek következményeként HMB és tüdővérzés kialakulásával.

2. táblázat. HMB esetek megoszlása az 1977. évi csecsemő boncolási anyagban (n = 245)

HMB pozitív eset: 86/232+ (37%)				sign.
1. 1500 g >	39/121	1500 g <	47/111	p > 0,05
2. Postnat. életkor				
24 óra	39/91	24 óra <	47/141	p > 0,05
3. Dismaturus++	8/14	nem dismat.	76/218	p > 0,05
4. Sectio caesarea	9/17	spontán szülés	69/215	p > 0,05
		v. Bracht extractio		
5. Anyai+++ steroid preventio	12/29	nem kezelt	9/29	p > 0,05

+ = a részletes értékelésből hiányzó 13 eset foetus mortuus volt;

++ = dismaturitas az agy/máj súly alapján 4,51 határérték felett (Anderson, 1972) (1);

+++ = az anyai steroid preventiora utaló adatok csak 58 esetben álltak rendelkezésre, amely 29 kezelt és 29 biztosan nem kezelt esetet jelent.

Összefoglalás. A Pécsi Orvostudományi Egyetem Kórbontani Intézetének boncolási anyagából 2 × 5 év (1963–67 és 1973–77) csecsemő bonceseteinek főbb leleteit összehasonlítva megállapítható, hogy a csecsemő boncesetek száma az utóbbi öt évben, az aktív respirációs kezelés és a prednisolon profilaxis ellenére változatlanul magas. Ugyanakkor a hyalinmembran betegség (HMB), a tüdővérzés és a kamrai agyvérzések aránya több mint kétszeresére nőtt, amely nem magyarázható csak a koraszülöttek számának emelkedésével. A HMB gyakoriságra vonatkozó statisztikai analízis eredményei és az irodalmi hivatkozások alapján felvetődik az intenzív respirációs kezelés, valamint a magas koncentrációjú oxigén lélegeztetés okozta közvetlen tüdőszövet-károsító hatás lehetősége: az így létrejött iatrogén ártalom az éretlen csecsemőtüdőben sokkal súlyosabb elváltozásokat eredményezhet. A leletek felhívják a figyelmet arra, hogy a therapiás beavatkozások hatásának megítéléséhez nélkülözhetetlen a patho-morphológiai leletek kritikai értékelése.

IRODALOM: 1. *Anderson, J. M.*: J. Clin. Pathol. 1972, 125, 867. — 2. *Auld, P. A. M.*: Disease of the respiratory system. In neonatology Ed. Behrman, R. E., Mosby So., St. Louis, 1973. 345. old. — 3. *Avery, M. E., Mead, J.*: J. Dis. Childh. 1959, 97, 517. — 4. *Avery, M. E.*: Brit. Med. Bull. 1975, 31, 13. — 5. *Balis, J. U., Delivora, M., Conen, P. E.*: Lab. Invest. 1966, 15, 530. — 6. *Bland, L. D., Clarke, T. D., Harden, L. B.*: Amer. J. Obstet. Gynecol. 1976, 124, 263. — 7. *Boda D., Murányi L., Altorjai T.*: Orv. Hetil. 1970, 111, 132. — 8. *Bossi, E.*: Schweiz. Rundschau Med. (Praxis) 1975, 49, 1583. — 9. *Büki B. és mtsai*: Orv. Hetil. 1978, 119, 27. — 10. *Colacicco, G.*: Prostaglandins. 1977, 14, 283. — 11. *Conroe, J. H.*: Am. Rev. Respir. Dis. 1977, 116, 497. — 12. *Farell, P. M., Avery, M. E.*: Am. Rev. Res-

pir. Dis. 1975, 111, 657. — 13. *Fekete M. és mtsai*: Orv. Hetil. 1977, 118, 911. — 14. *Finley-Jones, J. M., Papadimitriou, J. M., Barter, R. A.*: J. of Pathol. 1974, 112, 117. — 15. *Frank, L., Autor, A. P., Roberts, R. J.*: J. of Pediatrics. 1977, 90, 105. — 16. *Gluck, L., Kulovich, M. V.*: Current Concepts the Pediatric Clinics of North America. 1973, 20, 367. — 17. *Gregory, G. A. és mtsai*: New Engl. J. Med. 1971, 284, 1333. — 18. *Güthert, H., Wöckel, W.*: Zbl. allg. Pathol. 1972, 116, 507. — 19. *Hallman, W.*: Biochem. Biophys. Res. Commun. 1977, 77, 1034. — 20. *Hamosh, M., Hamosh, P.*: J. Clin. Invest. 1977, 59, 1002. — 21. *Harrison, V. C. és mtsai*: Arch. Dis. Childh. 1968, 43, 116. — 22. *Horváth J. és mtsai*: Gyermekgyógyászat. 1977, 28, 261. — 23. *Keuth, U.*: Fortschr. Med. 1973, 91, 693. — 24. *Kiss Szabó A.*: Orv. Hetil. 1978, 119, 1267. — 25. *Kisszel J. és mtsai*: Orv. Hetil. 1976, 117, 1143. — 26. *Lauweryns, J., Deleersnyder, M., Boussauw, L.*: Beitr. Path. 1971, 144, 344. — 27. *Leviton, A., Gilles, F., Strassfeld, R.*: Annals of Neurol. 1977, 2, 451. — 28. *Lieberman, J.*: Amer. J. Med. 1963, 35, 443. — 29. *Liggins, G. C., Howie, R. N.*: Pediatrics. 1972, 50, 515. — 30. *Mestyan Gy.*: Orv. Hetil. 1972, 113, 1929. — 31. *Nathan, D. M.*: Mount. Sinai J. of Med. 1975, 42, 150. — 32. *Némethy A.*: Correlative studies of surfactant lipid morphology and in vitro respiratory movements of newborn lungs. 5th Congr. of Europ. Soc. Pathol. Vienna, 1975. — 33. *Novy, M. J.*: The high risk infant. Neonatology (Disease of the fetus and Infant) Ed. Behrman, R. E., Mosby Co., St. Louis, 1973. 1. old. — 34. *Papadopoulos, D. és mtsai*: J. Pediatr. 1976, 89, 273. — 35. *Prathap, K.*: Lancet. 1972, II, 745. — 36. *Rubecz T., Horváth M.*: Orv. Hetil. 1975, 116, 629. — 37. *Rush, R. W., Keissé, M. J. N. C.*: Brit. Med. J. 1976, 2, 956. — 38. *Schuler, D.*: Magyar Pediatr. 1976, 10, 161. — 38/a. *Schuler D.*: Magyar Tudomány. 1978, 85, 724. — 39. *Sebők J., Dobos A.*: Acta Paediatr. Acad. Sci. Hung. 1976, 17, 51. — 40. *Stocks, J., Goodfrey, S., Reynolds, E. O. R.*: Pediatrics. 1978, 61, 178. — 41. *Szabó I. és mtsai*: Orv. Hetil. 1977, 118, 566. — 42. *Taeusch, J. W.*: J. of Pediatrics. 1975, 87, 617. — 43. *Thomas, D. B.*: Acta Paediatr. Scand. 1975, 64, 825. — 44. *Veszelszky J. és mtsai*: Orv. Hetil. 1976, 117, 345.

Vásároljon közvetlenül a Medicortól!

Mintaboltunk az orvostechnikai termékek széles választékával áll a gyógyítás szolgálatában:

- 1 csatornás direktírós EKG készülék
- automatikus vérnyomásmérő
- sürgősségi táska
- orr-fül-gégészeti komplett táska
- operációs mikroszkóp
- baktericid és vizsgáló lámpa
- ionizátor, valamint
- kéziműszerek

Dolgozóink szakmai és kereskedelmi információkkal állnak vásárlóink rendelkezésére.



Medicor Művek Mintaboltja:

Budapest V., Aranykéz u. 2.

Nyitva: 9–16 óráig



2103

ENTEROSEPTOL

gyermekszirup

Összetétel:

100 ml szirup 2,5 g cliquinolum hatóanyagot tartalmaz.

Javallatok:

Bacillaris és amoebás dysenteria, enterocolitis, erjedéses és rothadásos dyspepsia, nyári hasmenések.

Ellenjavallatok:

Máj- és veseelégtelenség, hyperthyreosis, jódagallergia.

Adagolás:

2-12 hónapig 3-szor 2,5 ml naponta,

1-6 évesig 3-szor 5 ml naponta,

6 éves kortól 3-szor 10 ml naponta

étkezés után.

Az adagolás céljára a dobozban elhelyezett adagolómérce szolgál.

Mellékhatások:

Émelygés, fejfájás, szédülés.

Figyelmeztetés:

Orvosi ellenőrzés nélkül legfeljebb 1 hétig, orvosi ellenőrzés mellett legfeljebb 1 hónapig szedhető megszakítás nélkül.

Egy hónapot meghaladó folyamatos alkalmazás után peripheriás neuropathia, myelopathia, atrophia nervi optici léphet fel.

Megjegyzés:

Csak vényre adható ki.

Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

Csomagolás:

1 üveg (100 ml) 3,30 Ft.



Egyt Gyógyszervegyészeti Gyár, Budapest

Megyei Kórház-Rendelőintézet, Szekszárd,
Gyermekideggondozó
(főorvos: Papp István dr.),
Fül-Orr-Gégészeti Osztály
(főorvos: Radnai Tibor dr.)

Az iskolaéretlenség okairól

Papp István dr., Radnai Tibor dr.,
Ritecz Éva dr., Kurowszky Ildikó dr.
és Héra György dr.

Az iskolakezdés időpontja azon régi pedagógiai—
orvosi megfigyelésen alapul, miszerint a gyermek
6—7 éves kora között olyan ugrásszerű változáson
megy át, mely őt az iskola testi és szellemi terhei-
nek viselésére alkalmassá teszi.

Az iskolaérettség követelményei összetettek. A
testi fejlettségen túl megfelelő szókinccset, érthető,
jól tagolt beszédet, az érzékszervek épségét, a ve-
getatív idegrendszer kielégítő működését, az érzel-
mi stabilitást és az indulatokon való uralkodni
tudást feltételezi. Az iskolaérett gyermek tud al-
kalmazkodni különböző feladatokhoz, van feladat-
tudata, megfelelő a közösségben tanúsított maga-
tartása (csoportban való oktathatósága) és figyelme
tartósan leköthető (1, 2, 5, 14, 16, 24).

Az iskolás kor elérése azonban nem esik min-
dig egybe a valódi iskolaérettséggel, hiszen ha egy
gyermek a fenti követelményeknek nem felel meg,
iskolaéretlennek tekintendő. Ugyanakkor az iskola-
éretlenség — különböző okok folytán — nem kerül
mindig idejében felismerésre, következményei
ezekben az esetekben már csak az iskola elkezdése
után kerülnek felszínre (17).

Mind hazai szerzők (20, 33), mind saját észlelé-
seink alapján az iskolaéretlenek száma jelentős.
Tolna megyei adatok szerint az iskolakezdés alól
1 évre felmentett gyermekek száma évente eléri a
120, 150 főt, ugyanakkor kb. további 200 fő tanul-
mányi eredménye alapján az első osztályban osztá-
lyozhatatlan. Ez összességében mintegy 350 gyer-
meket jelent, az iskolát kezdők kb. 10⁰/₀-át.

Az iskolaéretlenek számának csökkentése ér-
dekében az első lépés csak az lehet, ha az előidéző
okokat elemezzük. Ez készített bennünket arra,
hogy az általunk felülvizsgált gyermekek adatait
a tünetek és a feltételezett elsődleges okok alapján
vizsgáljuk.

Beteganyag, módszer

Az 1975, 1976 és 1977-es tanévet megelőzően 385
olyan gyermeket vizsgáltunk, kiknél a területi vizsgá-
lat az iskolaéretlenség gyanúját vetette fel.

Minden esetben részletes családi és perinatalis
anamnesist vetettünk fel, majd gyermekgyógyászati és
neuro-pszichiatriai vizsgálatot végeztünk, beleértve a
testsúly, testmagasság és a fejkörfogot mérését is.

A gyermekekkel elkészítettük a fa—ház—ember
rajzokat és minden esetben elvégeztük a Szabó—Gláz-
féle (31) iskolaérettségi pszichológiai vizsgálatot is.
Ahol értelmi fogyatékos gyanúja merült fel, ott
Binet—Budapest szerinti vizsgálatot végeztünk.

A látásélességet a Molnár-féle (18) színes alak-
táblával vizsgáltuk, strabizmus és visus-eltérés alapos
gyanúja esetén pedig szemészeti szakvizsgálatot java-
soltunk.

Beszédhiba esetén annak fokát és jellegét szín-
tén alaktáblával határoztuk meg, Seper—Montágh
—Vincze szerint (28).

A hallás állapotáról 6 méteres sűgött beszéd-
del tájékozódunk. Abban az esetben, ha a halló-
képesség a 6 méteres sűgött beszédnél gyengébb
volt, vagy beszédhiba állott fenn, ill. a hypacusis
gyanúja valamilyen egyéb ok miatt merült fel
(adenoid túltengés, pozitív anamnesis, „figyelmet-
lenség” stb.), részletes fül-orr-gégészeti és audio-
metriás vizsgálatot végeztünk.

Eredmények

A vizsgált 385 gyermek között 164 esetben a
talált elváltozások jellege és súlyossága csekély
mértékű volt, ezért a beiskolázásnak nem láttuk
akadályát. Logopédiai foglalkozás mellett javasol-
tuk az iskola elkezdését 7 gyermeknek, 29 esetben
pedig kislétszámú, korrekciós osztályba történő
beiskolázást tanácsoltunk.

Első vizsgálatkor 17 gyermek esetében egyértelmű
véleményt adni nem lehetett, emiatt ellenőrző vizsgá-
latot javasoltunk. E csoportból az iskola kezdetéig
egyetlen gyermek sem jelent meg, ezért csak utólagos
tájékoztatóra volt lehetőségünk. Felhívásunkra választ
11 esetben kaptunk, mely szerint általános iskolában
5 gyermek jól, 5 pedig gyengén halad, 1 tanuló kor-
rekciós osztályba jár. A többi 6 gyermek sorsáról ez
ideig nem tudunk.

Értelmi fogyatékoságot 30 esetben állapított-
unk meg, ezért felmentési javaslat helyett a
Gyógypedagógiai Áthelyező Bizottság vizsgálatát
láttuk szükségesnek.

138 gyermek esetében olyan elváltozásokat ta-
láltunk, melyek alapján őket 1 évre fel kellett men-
tenünk a beiskolázás alól (1. táblázat).

1. táblázat. Az iskolaéretlenség gyanúja miatt
felülvizsgált 385 gyermek megoszlása
a talált eredmények alapján

Iskolát kezdhet	164
Iskolát kezdhet logopédiai foglalkozás mellett	7
Kislétszámú korrekciós osztály javasolt	29
Kontrollvizsgálat szükséges	17
Gyógypedagógiai Áthelyező Bizottsághoz utalva	30
Felmentés 1 évre a tankötelezettség alól	138

2. táblázat. Az iskolaéretlenséget okozó elváltozások jellege és megoszlása

A talált elváltozások jellege	Felmentési javaslat	Korrektíós kislétszámú osztály javasolt	Gyógypedagógiai Athelyező Bizottsághoz utalva
Somatikus elmaradás	33	4	—
Psychés elmaradás	36	12	27
Somatikus+psychés elmaradás	34	8	1
Beszédhiba	26*	—	2
Visus eltérés+strabizmus	4	4	—
Encephalopathia	5	1	—
Összesen	138	29	30

* 6 esetben hallászavar is volt!

Táblázatban foglaltuk össze az iskolaéretlenek adatait abból a szempontból is, hogy milyen tünetek alapján minősítettük őket beiskolázásra alkalmatlannak és feltehetően melyek voltak e tünetekhez vezető elsődleges okok (2., 3. táblázat).

A felmentettek között magas arányban fordultak elő a somatikus (33 eset), a psychés (36 eset), valamint a somato-psychés elmaradások (34 eset). Ugyancsak magas volt a beszédhibás gyermekek száma is, mivel a vizsgált 385 gyermek között 65 beszédhibást találtunk. A beszédhiba súlyossága 26 esetben a beiskolázást nem tette lehetővé. Utóbbiak között 6 esetben hallászavart is találtunk (30–60 dB között) a súlyosságuk alapján ezek közül 2 gyermek hallókészülékre szorult.

Magas volt a strabizmus és a különböző vizus-eltérések száma is. A 385 gyermek közül 17 már szemüvegviselő volt, nem felfedezett fénytörési hibát, ill. kancsalságból eredő tompalátást pedig 31 gyermeknél találtunk. Szemészeti eltérés miatt 4 esetben kellett 1 évre iskolai felmentést javasolnunk.

Az iskolaéretlenséget előidéző elsődleges okok vizsgálatakor perinatalis ártalom 22 esetben, koraszülöttség 18 esetben, postnatalis ártalom 16 esetben, környezeti ártalom pedig 47 esetben volt a fejlődést hátráltató okként valószínűsíthető. Jelentős még az a 9 esetünk is, kikenél a személyiségfejlődés elmaradásának hátterében a súlyos anyai neurózis fennállását véljük.

Ha a felmentett és iskolaérett csoport összes hátráltató tényezőinek előfordulási arányát vizsgáljuk, úgy a felmentettek csoportjában előfordulásuk magasabb, mely különbség jelentékeny (4. táblázat).

Megbeszélés

Az iskolaéretlen gyermekek helyzetét külön-külön vizsgálva azt találtuk, hogy egy gyermekre átlagban kettő, esetenként több hátráltató faktor is jutott.

Az egyik leglényegesebb tényezőnek a perinatalis ártalom és a koraszülöttség tekinthető, mely

mellett igen jelentős a környezeti ártalom is. Több szerző is felhívja a figyelmet arra (3, 4, 21), hogy az értelmi képesség fejlődésében — a biológiai okok mellett — a szociálpszichológiai tényezők is igen jelentős szerepet játszanak, mely saját beteganyagunkból is kiviláglik (3. táblázat!).

Gyakori hátráltató faktort jelentenek még a különböző beszédhibák is. Kovács és Méreiné (13) adatai szerint az óvodás korú gyermekcsoportban 5–10%-os gyakorisággal lehet számolni, Tolna megyei vizsgálataink szerint előfordulásuk 7–8%- között van (26).

A visus-eltérések aránya nagyjából a beszédhibákkal megegyező. Szűrővizsgálatok kapcsán Simon és mtsai (29) Békés megyében 7–8%-os, Hutás (11) Győrben 19,9%-os előfordulást észlelt óvodások körében. Előzők alapján a beteganyagunkban talált 11,9%-os gyakoriság reálisnak látszik.

Az anyai neurózis jelenléte iskolaéretlenség szintén olyan oki kapcsolat, melyet nem szabad figyelmen kívül hagyni és amelyre idejében fel kell figyelni.

Az iskolaéretlenek korelőzményi adatait és elváltozásait elemezve arra a következtetésre juthatunk, hogy bizonyos gyermekcsoport veszélyeztetettnek tekintendő, akikre a tanköteles kor előtt egy, de inkább két évvel korábban fel kell figyelni.

Kik tekinthetők veszélyeztetetteknek?

Szociálpszichológiai szempontból azok, akiknek szülei igen alacsony műveltségűek, vagy súlyosan neurotikusak, s ezért döntően csak önmagukkal foglalkoznak. Hátrányos még a zsúfolt lakás, valamely településtől való távol lakás (különösen ha óvoda hiányával párosul), a szülők alkoholizmusa, intézeti nevelkedés, vagy ha a nevelőszülők személye gyakran változik.

Orvosi szempontból figyelmet érdemelnek azok, akik testileg-szellemileg fejletlenek, alacsony születési súlyúak vagy óriásmagzatok voltak (23), komplikált terhességből vagy szüléssel születtek, vagy ha súlyosabb beszédhibában szenvednek (6, 22, 36). Kedvezőtlenek az 1 éves kor alatt lezajlott gyakori betegségek, a többszörös, hosszan tartó

3. táblázat. Az iskolaéretlenséghez vezető elváltozások feltételezett elsődleges okai

A talált elváltozások jellege	Felmentési javaslat	Korrektíós kislétszámú osztály javasolt	Gyógypedagógiai Athelyező Bizottsághoz utalva
Perinatalis ártalom	17	2	3
Koraszülöttség	10	6	2
Postnatalis ártalom	11	2	3
Környezeti ártalom	35	5	7
Alacsony születési súly	8	—	—
Anyai neurózis	7	1	1
Genetikus ok	11	1	12
Egyéb	39	12	2
Összesen	138	29	30

4. táblázat. A felmentésre javasolt és beiskolázható gyermekek hátráltató tényezőinek összehasonlítása

Az elmaradások jellege és feltételezett okai	Felmentés javasolt	Iskolát kezdhet
Somatikus elmaradás	73	20
Psychés elmaradás	61	6
Beszédhiba	37	26
Hallászavar	6	3
Visus eltérés + strabizmus	16	14
Encephalopathia	7	5
Összesen	200	74
Alacsony születési súly	11	1
Perinatalis ártalom	17	8
Koraszülöttség	11	2
Postnatalis ártalom	7	1
Anyai neurozís	18	12
Alkoholizmus	7	7
VI-nál kevesebb osztály	26	22
Állami gondozás, válás	21	13
Óvoda hiánya	13	5
Kültelki lakás	13	13
Összesen	144	84

kórházi kezelések és ha a családtagok között örök-lődő betegségek deríthetők ki.

Az elmondottakból következik, hogy a veszé-lyeztetett gyermekek esetében az egyszeri — csu-pán a beiskolázás évében végzett — szakvizsgálat sokszor csak felmentést hozhat, mert a sikeres rehabilitációra ilyenkor már elegendő idő nincs (8, 25). Gondoljunk pl. a különböző súlyosságú be-szédhibákra, amelyek javítása — különösen hallás-zavarral együtt — hosszabb időt vesz igénybe (9, 27), de ugyanúgy a szemüveg viselését is — az első iskolai félév nehézségei közepette — a kisgyermek szintén nehezebben szokja meg. Mindebből következik, hogy az érzékszervi zavarok minél korábbi felismerésére kell törekednünk, an-nál is inkább, mert óvodás korban ezek már bizto-san megállapíthatók (9, 10, 11). Az érzékszervi re-habilitációt már ebben a korban el kell kezdenünk, mely szemléleti kérdés is (34) és megoldásuk inter-disciplinális összefogást kíván (35).

Az egyéb organikus eltérések rendezése vagy a tartósan feszült családi légkör sokszor bonyolult és több szakaszból álló psychotherapiája sem megy egyik napról a másikra. Ugyancsak nem kielégítő, ha a gyermekek csak az iskolaévet megelőző hóna-pokban kerülnek óvodába, mert — az idő rövidsé-gén túl — az óvodák pedagógiai hatásfoka a nyári hónapokban gyengül. Ezt látszik alátámasztani, hogy a környezeti ártalomban szenvedő gyerme-keink vagy nem jártak óvodába, vagy csak a nyári hónapokat töltötték ott (4. táblázat).

Ha az orvos a 3—4 éves gyermeket bármely okból vizsgálja, az aktuális probléma mellett habi-litációs szemlélettel is nézze (25), azaz: alkalmas lesz-e az idegrendszer teherbíró-képessége az is-kola elvégzésére és hogy van-e érzékszervi, ill. be-szédhibája (12).

Szabó (30, 32) is felhívja a figyelmet arra, hogy az iskolaérettség elbírálásában lényeges annak el-döntése, hogy a gyermek csupán mennyiségben (retardatio), vagy minőségben maradt-e el fejlődé-sében. A retardált fejlődésű lemaradását behoz-hatja, különösen akkor, ha elmaradása időben ke-rül felismerésre és orvosi-psychologiai segítség mel-lett speciális fejlesztésben lesz része. Ha korrekciós (kislétszámú általános iskolai) felvételre lehetőség van, akkor 1 év után a legtöbb retardált átkerülhet az általános iskola 2. osztályába (15).

Gegesi (7) rámutat, hogy az egész társadalom ügye, hogy „a gyermek idegrendszerének minden szférája (vegetatív, motoros, érzelmi, értelmi) az aktuális életkornak megfelelő szinten fejlődjék, erősödjék”. Ebben a munkában a családokat segí-teni kell, különösen a veszélyeztetett gyermekek esetében, hogy megfelelhessenek az első 6 év adta fontos szerepnek, az „első szociális lépcső” megte-remtésének. Az iskolás kor — de talán a felnőtt-kor — sikere is ebben rejlik. Úgy gondoljuk, hogy e munkában a környezeti ártalomban szenvedő gyermekek állami gondozása csak az utolsó lehe-tőség lehet.

Összefoglalás. Szerzők olyan gyermekek felül-vizsgálatát végezték el, kiknél a területi vizsgálat az iskolaéretlenség gyanúját vetette fel. Az iskola-éretlenség döntően testi és szellemi elmaradásban, valamint beszédhibában nyilvánult meg, melyek háttérben perinatalis ártalom, koraszülöttség és környezeti ártalom szerepelt. Felhívják a figyelmet arra, hogy az érzékszervi és testi-szellemi elválto-zások 3—4 éves korban rendszerint már felismer-hetők. Szükséges, hogy a sokszor összetett rehabili-táció már e korban elkezdődjék, ellenkező esetben az ilyen gyermekek esetleg évekig alkalmatlanná válnak az iskola megkezdésére. Amennyiben az is-kolaéretlenség felismerés nélkül marad és a gyer-mek iskolába kerül, túlterhelés, neurozís következ-het be és tanulmányait vagy félbehagyja, vagy az iskolába járás időtartama szükségtelenül elhúzódik.

IRODALOM: 1. Az Egészségügyi Minisztérium irányelve a tanköteles korú tanulók orvosi vizsgálatá-ról. 40. 293. 1977/10. Eü. Közlöny. — 2. Bergmann E., Blumenfeld Gy.-né: Pszichológia az iskolában. Tan-könyvkiadó, Bp. 1974. 30. — 3. Böszörményi Z., Mous-song Kovács E.: Orvosi Pszichológia. Tankönyvkiadó. Bp. 1967. — 4. Brunecker Gy.: Psychiatria. (Szerk.: Nyirő Gy.) Medicina Könyvkiadó, Bp. 1967. 219. — 5. Elkonyin, D. B.: Gyermeklélektan. Tankönyvkiadó. Bp. 1964. 284. — 6. Gacsó M.: Gyógypedagógiai Szemle. 1976, 4, 163. — 7. Gegesi Kiss P., Libermann L.: Sze-mélyiségzavarok a gyermekkorban. Akadémiai Kiadó. Bp. 1965. 380. — 8. Göllnitz, G.: Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters. VEB Gustav Fischer, Jena. 1970. 275. — 9. Götze Á.: Fül-orr-gégegyógy. 1969, 15, 248. — 10. Götze Á.: Magyar Pediáter. Suppl. No. 5. 1978, 12, 21. — 11. Hutás I.: Egészségügyi Munka. 1970, 17, 230. — 12. Kassai P.: Magyar Pediáter. Suppl. No.

5. 1978, 12, 21. — 13. Kovács E., Mérei F.-né: Gyógypedagógia. 1969, 14, 97. — 14. Lányiné Engelmayer Á.: Fejlődéslélektan. Főisk. jegyzet. Bp. 1968. 181. — 15. Lukácsné Mezei É.: Magyar Pszichológiai Szemle. 1978, 35, 153. — 16. Mérei F., Binet Á.: Gyermeklélektan. Gondolat Könyvkiadó. Bp. 1970. 171. — 17. Mézáros M., Tass J.: A Fővárosi Központi Gyermekidegrendező Intézet és hálózatának Jubileumi Évkönyve. Bp. 1968. 274. — 18. Molnár K.: Magyar Pediáter. Suppl. 1977, 11, 34. — 19. Művelődési Közlöny: Állásfoglalás az iskolaéretlenség megállapításáról. 1974/9. 371. — 20. Nagy J.: Iskolaelőkészítés és beiskolázás. Akadémiai Kiadó. Bp. 1974. 48. — 21. Ozsváth K.: Kandidátusi értekezés. Bp. 1973. — 22. Palotás G.: Magyar Pszichológiai Szemle. 1976, 33, 14. — 23. Pap V.: Előadás az Országos Ideg és Elmegyógyászati Intézet gyermekosztályának 25 éves fennállása alkalmából. Bp. 1975. máj. 9. — 24. Papp I.: Orvosi Közlemények

(Szekeşzárd) 1975, 11, 65. — 25. Papp I., Radnai T.: Magyar Pediáter. Suppl. 1977, 11, 68. — 26. Papp I., Radnai T., Tóth Z.-né, Héra Gy.: Orv. Hetil. 1974, 115, 1831. — 27. Radnai T., Papp I.: Gyógypedagógiai Szemle. 1976, 4, 291. — 28. Seper J., Montágh I., Vince T.-né: A gyakori beszédhibák. (Szerk.: Szabó L.) Tankönyvkiadó, Bp. 1970. 52. — 29. Simon T., Boros G.-né, Danyi I.: Orv. Hetil. 1964, 105, 1856. — 30. Szabó P.: Pszichológiai Tanulmányok X. Akadémiai Kiadó. Bp. 1967. 367. — 31. Szabó P., Gláz Á.: Gyermekgyógyászat. 1970, 21, 332. — 32. Szabó P. (szerk.): Iskolás lesz a gyermekünk. Gondolat Könyvkiadó. Bp. 1976. 65. — 33. Szabó E., Gábor I., Szomor É., Miskolczi M.: Gyermekgyógyászat. 1978, 29, 263. — 34. Szilárd J., Vargha M., Farkasinszky T.: Orv. Hetil. 1978, 119, 1281. — 35. Török J.: Orv. Hetil. 1978, 119, 691. — 36. Vekerdi Zs., Kövy T., Bogdán E., Wágner Á., Bácskai J.-né: Népegészségügy. 1966, 47, 217.



kenőcs

**V OOO Antirheumatica
mV 200 Nem glucocorticoidok**

ÖSSZETÉTEL:

1 tubus (50 g) 0,0075 g capsaicinum-, 0,05 g aetheroleum lavendulae-, 1 g aethylium nicotinicum-, 4,5 g aethylenglycolum salicylicum hatóanyagot tartalmaz lemosható kenőcsben.

JAVALLATOK:

Arthrosis (osteoarthrosis), myalgia, spondylarthrosishez csatlakozó neuralgiák, krónikus polyarthritis (rheumatoid arthritis), egyéb arthritisek, tendovaginitisek megnyugodott szakában. Sportolóknak bemelegítéskor.

ELLENJAVALLAT:

Minden gyulladás aktív szaka.

ALKALMAZÁS:

A kívánt testfelületet langyos szappanos vízzel lemosunk, szárazra töröljük, és a kenőccsel vékonyan bekenjük. Izületi megbetegedésekben a kezelést 3 napon át egyszer, majd azt követően naponta kétszer (reggel és este) végezzük. Bemelegítés céljából a kenőcsből 4–5 cm csíkot a sportoló gyúrásakor a bőrbe dörzsölünk.

MELLÉKHATÁSOK:

Esetleg bőrtúlérzékenység, mely antihisztaminokkal kedvezően befolyásolható.

FIGYELMEZTETÉS:

Az egész bőrfelület egyszerre történő kezelése tilos. A kenőcsöt csak ép és tiszta bőrfelületen szabad használni. Bekenés után a kezét meleg vízben, szappannal gondosan meg kell tisztítani. Bedörzsölés után a bőr kipirulása, átmelegedése s ezzel egyidejűleg csípős, égető érzés jelentkezik, mely kb. 1 óra elteltével fokozatosan megszűnik. Friss sérülésre alkalmazni nem szabad.

MEGJEGYZÉS:

Vény nélkül is kiadható.

CSOMAGOLÁS:

50 g-os tubus.

TERITESI DÍJ:

5,— Ft/tubus



Gyártja:

„REANAL” Finomvegyszergyár, Budapest

A vírushepatitis jelentősége a gestatio prognózisára

Avar Zoltán dr., Mauks György dr.
és Kangyal György dr.

A terhesség és májgyulladás együttes előfordulása két alapvető kérdést vet fel:

1. Milyen hatással van a májgyulladás a terhesség lefolyására, a magzatra.
2. Hogyan alakul a májgyulladás prognózisa gestatióval társulás esetén.

A tárgyalt témakörben közölt irodalmi adatok nem adnak egységes választ az alapvető kérdésekre. Ennek oka elsősorban az, hogy a vizsgált esetek száma általában kevés megbízható következtetések levonására (2, 12, 16, 17, 18, 20, 25, 28). Csúpn néhány olyan közleményt találtunk a számunkra hozzáférhető irodalomban, amelyben viszonylagosan nagyobb betegszám alapján végzett vizsgálatok eredményeit ismertették (4, 6, 7, 10, 22, 23, 26). Ezek a közlemények sem tárnak fel több olyan összefüggést a vizsgálati adatok között, amelyek támogatni szolgálhatnák a vírusos májgyulladással társult terhesség prognózisának felállításához.

A László Kórház — mint ismeretes — gyűjtőhelye hazánkban azoknak a terheseknek, akik hepatitisben betegedtek meg. Ezeknek a terheseknek többsége a László Kórházban is fejeződik be, szüléssel vagy vetéléssel. Mivel a László Kórház szülészobájában az orvosi teendőket az István Kórház nőgyógyászati osztálya látja el, lehetőség nyílt nagyobb beteganyagban tanulmányozni a hepatitis és terhesség együttes előfordulásának néhány, tisztázatlan kérdését, ezek között kiemelten a gestatiós prognózist.

Anyag, módszer

A kórlapok bejegyzései alapján 46 terhes nő kórtörténeti adatait dolgoztuk fel, akiket a László Kórházban ápoltak vírushepatitis miatt 1964—1975 között. Ebben az összeállításban nem szerepelnek azok a betegek, akiknél a terhesség a kórházi bentfekvés idején nem fejeződött be vagy a hepatitis kórisméje bizonytalan maradt és azok sem, akiknek terhességével kapcsolatban pontos adatok nem állottak rendelkezésre.

Figyelemmel kísértük a terheségek befejeződésének idejét, a szülések lefolyását, a magzatok adatait, a szülés körüli magzati halálozást és az anyák betegségének alakulását. A magzati adatok értékeléséhez kontrollként az István Kórház-Rendelőintézet szülészeti és nőgyógyászati osztályának a terhesek vegyes

populációjára vonatkozó adatait használtuk fel a vizsgált időszakból.

A hepatitis diagnózisának megállapítása a jellemző klinikai kép, a pozitív enzim- és májfunctió próbák, ill. kórszövettani leletek alapján történt. A hepatitis minden esetben a terhesség második felében kezdődött.

A vizsgált 46, hepatitisszel társult terhesség 41 esetben szüléssel, 5 esetben vetéléssel fejeződött be. A terhesek közül először szült 17, ismételten 24 nő. A szülő nők kormegoszlása a következőképpen alakult:

20	év alatt	6
31—30	év között	28
31—42	év között	7
összesen:		41

Eredmények

A magzati életviszonyok vizsgálatakor (1. táblázat) szembetűnő, hogy a szülés körüli magzati halálozás kerekén hatszorosa — 6,29-szorosa — volt a kontroll csoporténak. A koraszülések előfordulásában az arány 4,7-szeres.

A 22 érett magzattól 2 halt meg, a szülés megindulását megelőzően. A 19 koraszülöttnél élve született, közülük 6 halt meg a szülést követő 1 héten belül. Az elhalt koraszülöttek súlya egy esetben 800 g volt, a többi magzat esetében 1000 és 1600 g között változott.

A koraszülöttek perinatalis vesztesége nagyobb volt mint a kontroll csoportban, az érett magzati veszteség pedig többszöröse volt a kontrollokénak.

Vizsgáltuk, hogy a terhesség különböző időszakában kezdődő hepatitisnek milyen hatása van a koraszülések gyakoriságára, a magzatok méhen belüli fejlődésére, a magzati veszteségre (2. táblázat). Megállapítottuk, hogy a terhesség 24—32. hetében kialakuló májgyulladás minden esetben koraszülést váltott ki. A 33. terhességi héten és ezután kezdődő hepatitis ritkábban vezetett a terhesség idő előtti megszakadásához. A magzatokon fejlődési retardatio — a 10-es súlypercentil határérték figyelembevétele mellett — leggyakrabban a 24—32. terhességi héten kezdődő hepatitis esetén volt kimutatható. A 33. héten és ezután létrejövő betegség ilyen hatása már mérséklődött, a májgyulladás kezdetének későbbre tolódásával csökkenő tendenciát mutatott. A retardatio változásaihoz hasonlóan alakult a szülés körüli magzati veszteség aránya is.

Összefüggést találtunk a koraszülés, a magzati retardatio és a perinatalis magzati veszteség előfordulásának gyakorisága és a hepatitis terhesség alatti fennállásának időtartama között (3. táblázat). Két hétnél rövidebb ideig fennálló májgyulladás a terheségek egynegyedében, míg a három héten túl tartó betegségekben az esetek kétharmadában következett be koraszülés. Az előbbi csoportban a fejlődési retardatio a terheségek egyhatodában, az utóbbi körülmények között minden magzaton megállapítható volt.

A szülés körüli magzati veszteség 3 héten belüli betegségi időtartam esetén egyötöde volt annak, mint ezen túl tartó megbetegedésben.

A hepatitis lezajlásának időtartamát is kapcsolatba lehetett hozni a koraszülés, a reardatio, a magzati veszteség és a lepényi rendellenességek előfordulásának arányszámaival (4. táblázat). Az egy hónapon belül gyógyult hepatitis nem okozott sem koraszülést, sem magzati veszteséget, azonban a magzatoknak csaknem a fele elmaradt a fejlődésben és ezeknek a szüléseknek csupán negyed részében jelent meg nagy mennyiségű infarktus a lepényi szövetekben. Ha a gyógyulás a betegség 2. hónapjában következett be, ugrásszerűen emelkedett a koraszülések aránya, tovább nőtt a retardatio gyakorisága s a perinatalis mortalitás is meghaladta az átlagértékeket. A két hónapon túli gyógyulás valamennyi esetben koraszülés és fejlődési retardatio következett be a magzatok egyharmadának elvesztésével. A lepények öthatodában kiterjedt infarktuszok jelentkeztek.

A szülések egy eset kivételével hüvelyi úton folytak le átlagosan 6 óra alatt, zavartalanul. Egy szülő nőn került sor császármetszésre placenta praevia centralis és harántfekvés javallat alapján. A műtétet szövődemény nélküli gyógyulás követte.

A szülések 25%-ában volt szükség vérpótlásra. Osztályunkon a vizsgált időszakban átlagosan a szülések 70%-ában történt vérátömlesztés.

A hepatitisszel társult terhességekből származó magzatok között sem fejlődési rendellenességet, sem fertőző májgyulladást nem észleltünk.

Az anyák szoptatták újszülöttjeiket.

Anyai veszteség a szülő nők között nem fordult elő. Egy anya halt meg (anyai mortalitás 2,4%) a spontán vetélés műszeres befejezését követően kialakult atrophia flava hepatis következtében.

Megbeszélés

A vírushepatitis és a terhesség találkozásának gyakorisága 0,01–0,7%-ra tehető az irodalmi adatok alapján (1, 15, 18, 19, 26). A jelentős különbségeket az epidemiák morbiditási viszonyaival magyarázzák. A megfigyelések arra utalnak, hogy a gestatio folyamán nem nagyobb a hepatitis infectio veszélye (14, 27). A tapasztalati tény azonban mégis az, hogy a terhesség második felében a betegség előfordulási aránya jellemzően nagyobb mint az első felében, a harmadik trimeszterben pedig növekedő tendenciát mutat a terhesség második harmadához képest (1, 8, 19, 26). Haemerli (14) a hepatitis terhesség folyamán észlelt növekvő gyakori-

2. táblázat. A hepatitis jelentkezési idejének hatása a szülésre és magzatra

Hepatitis kezdete (terhességi hét)	Szülések száma	Koraszülések száma	Retardatio száma	Perinatalis magzati veszteség
24–28	4	4	4	4
29–32	6	6	5	2
33–36	13	9	11	0
37–41	18	0	6	2

ságát azonban csupán látszólagosnak tartja. Szerinte a magyarázata az, hogy a betegség felismerése későn kerül sor — már csak a szülés közepében — a pontosabb vizsgálatok alapján.

Vizsgált anyagunkban, mint már említettük, a hepatitis a terhesség második felében alakult ki. Ezért a betegség és a terhesség kölcsönhatásait az előrehaladottabb terhességi időszakban volt módunkban felmérni. Néhány szerző szerint (5, 24) a terhesség első felében jelentkező hepatitis esetén gyakoribbak a magzatok fejlődési rendellenességei. Ezt a vírusfertőzés teratogen hatásának tulajdonítják. A közlemények többsége azonban a betegség ilyen hatásáról nem számol be (1, 15, 20, 23, 25, 28).

A terhesség korai szakában jelentkező hepatitis esetén nem következik be gyakrabban vetélés mint a terhesek vegyes populációjában az irodalmi adatok szerint (1, 2, 8, 16, 19, 26).

Vizsgálataink alapján megállapítható, hogy — hasonlóan a nagyobb esetszámot felölölő néhány közlemény adataihoz — a vírusos májgyulladás növeli a koraszülések arányát. A terhességek csaknem felében következett be koraszülés. Elsősorban ezzel magyarázható a nagyobb perinatalis magzati veszteség is. A perinatalis magzati veszteség arányát tovább növelte az intrauterin elhalás az érett magzatok csoportjában. A 90%-os intrauterin elhalási arány lényegesen magasabb, mint a terhesek vegyes populációjában (1½–5,9%) (3). Míg a hepatitisszel társult terhességekben az intrauterin elhalás előfordulása az átlagos értéken belül van az irodalmi adatok többsége szerint (3,1%) (26), a harmadik trimeszterben vizsgálatainkhoz hasonlóan 9 vagy magasabb százalékos előfordulási gyakoriságot mások is tapasztaltak (2, 9, 13, 26).

Vizsgálataink arra is rámutattak, hogy a fejlődési retardatio a magzatok közel kétharmadában

1. táblázat. A magzatok életviszonyai

	Vizsgált magzatok				Érett magzatok			Kora-magzatok		
	száma	élő	halott	perinat. mort. %	száma	%	perinat. mort. %	száma	%	perinat. mort. %
Terhesek vegyes populációja	15 198	14 723	475	3,1	13 762	90	0,7	1,436	10	25
Terhesség és hepatitis	41	33	8	19,5	22	53	9,1	19	47	31,6

4. táblázat. A hepatitis lezajlási időtartamának hatása a szülésre, a magzatra és a lepényre

Hepatitis időtartama (nap)	Szülések száma	Koraszülések száma	Retardatio száma	Perinatalis magzati veszteség	Lepény rendellenesség száma
0—30	7	0	3	0	2
31—60	28	13	17	6	8
61—	6	6	6	2	5

kimutatható, az érett magzatok között ritkábban, a koraszülötteknek azonban túlnyomó többségében. A halott magzatok mindegyike elmaradt a hordási időnek megfelelő fejlettségi foktól.

A vírushepatitis terhességet károsító hatásait elemeztük a betegség kezdete, a terhesség alatti fennállásának időtartama és gyógyulási ideje alapján is. A hepatitis súlyosságának megítélésére egységesen elfogadott specifikus paraméterek nem ismeretesek. A súlyossági fok megállapításában elsősorban a betegség gyógyulási idejét tekintik irányadónak. Megfigyeléseink azt mutatják, hogy minél korábban jelentkezik a hepatitis a terhesség második felében és minél hosszabb ideig áll fenn terhesség alatt, továbbá minél több időt vesz igénybe a betegség gyógyulása, annál gyakoribb koraszüléssel és magzati fejlődési retardációval, ill. veszteséggel kell számolni a vizsgálati paramétereknek megfelelően.

A hepatitis a terhesség idő előtti megszakadását, a magzatok veszteségét és fejlődési retardációját gyakrabban kiváltó hatásának mechanizmusa nem tisztázott. A szerzők a kóros máj-functio következményeivel hozzák összefüggésbe a terhesség folyamatának zavarait vagy a vírusfertőzésnek a lepényi működést károsan befolyásoló hatását teszik felelőssé (11, 16). Anyagunkban a hepatitis súlyos lefolyású eseteiben a nagyarányú terhességi és magzati rendellenességekkel egyidejűen a lepényeken csökkent functióra utaló elváltozásokat állapítottunk meg.

A hepatitis okozó vírusnak diaplacentaris átvitele igen ritkán következik be az irodalomban közölt adatok alapján (20, 21, 26). Az általunk vizsgált anyák újszülöttjei között a fejlődés 3 hetes időszakán belül májgyulladás — mint már említettük — nem fordult elő. Az anyáknak megengedtük újszülöttjeik szoptatását, mivel a per os fertőzés veszélye elhanyagolható, valószínűleg az újszülött bélsatornájának sajátos körülményei miatt (20).

A két érett magzat intrauterin elhalása arra mutat, hogy már életképes magzatok esetén — a

betegség kialakulásának kezdete és terhesség alatti fennállásának időtartama alapján — indokolt lehet a szülés gyógyszeres megindítása a méhen belüli elhalás megelőzése érdekében.

A hepatitiszrel társult szülések folyamán elsősorban a hüvelyi utat kell választani. Célszerű felkészülni a vérpótlásra arra az ismert körülményre való tekintettel, hogy a májgyulladás gyakrabban okoz a szülés alatt nagyobb vérvesztést. Szükséges esetben a császármetszés zavartalanul elvégezhető, a megfelelő műtéti feltételek biztosítása mellett.

A hepatitis klinikai lefolyását, gyógyulási idejét, szövődményeit a terhesség nem befolyásolja. Ezeket a hazai megfigyelések, ill. az irodalmi adatok többsége alapján (1, 14, 20, 25, 26) az endémia sajátosságai határozzák meg.

Az anyai halálozás anyagunkban sem fordult elő gyakrabban, mint a gestation kívül létrejövő májgyulladások eseteiben.

Összefoglalás. A szerzők a hepatitis és terhesség együttes előfordulása 45 esetében vizsgálják a kölcsönhatásokat, kiemelten a gestatiós prognózis alakulását. Megállapítják, hogy a terhesség második felében kialakult májgyulladás növeli a koraszülések, a magzatok fejlődési retardációja, perinatalis halálozása arányát. Megfigyeléseik azt mutatják, hogy a gestatiós prognózis annál rosszabb, minél korábban jelentkezik a hepatitis a terhesség második felében és minél hosszabb ideig áll fenn terhesség alatt, továbbá minél tovább tart a betegség gyógyulása. A tapasztalt rendellenességek kiváltásában a foetomaternalis transport zavarának jelentőségére utaltak a lepényi vizsgálatok. A hepatitis klinikai lefolyása, az anyai halálozás gyakorisága hasonló volt mint a gestation kívüli megbetegedés eseteiben.

3. táblázat. A hepatitis terhesség alatti időtartamának hatása a szülésre és a magzatra

Hepatitis időtartama (nap)	Szülések száma	Koraszülések száma	Retardatio száma	Perinatalis magzati veszteség
7—14	12	3	2	1
15—21	14	6	9	1
22—	15	10	15	6

IRODALOM: 1. Adams, R. H., Combes, B.: JAMA 1965, 192, 195. — 2. Arora, B.: Obstet. Gynec. Br. Cwlth. 1967, 74, 763. — 3. Bolte, A., Küpper, U.: Arch. Gynäk. 1973, 213, 308. — 4. Borhanmanesh, F. és mtsai: Gastroenterology. 1973, 64, 304. — 5. Cs. Uri E., Náray S., Fekete S.: Magy. Nőorv. L. 1958, 20, 629. — 6. Czoja, N., Ona, M., Stach, D.: Obstet. Gynec. 1957, 5, 321. — 7. D. Cruz, I. A., Balani, S. G., Iyer, L. S.: Obstet. Gynec. 1968, 31, 449. — 8. Dörfler, R.: Münch. Med. Wschr. 1967, 99, 1664. — 9. Dörfler, R., Voigt, A.: Münch. Med. Wschr. 1966, 108, 1042. — 10. Ellegast,

H., Gumpersberger, G., Wewelka, F.: Wien. Klin. Wschr. 1954, 66, 507. — 11. Ellegast, H., Gumpersberger, G., Wewelka, F.: Wien. Klin. Wschr. 1954, 66, 30. — 12. Forgách J., Kovács L., Jegesi L.: Orv. Hetil. 1954, 95, 346. — 13. Gelpi, A. P.: Amer. J. Gastroent. 1970, 53, 41. — 14. Haemmerli, U. P.: Jaundice during Pregnancy. Springer. 1967. — 15. Hammouda, A. A.: J. Obstet. Gynec. 1962, 69, 680. — 16. Harnack, G. A., Martini, G. A.: Dtsch. Med. Wschr. 1952, 77, 40. — 17. Hsia, D. Y. Y., Taylor, R. G., Gellis, S. S.: J. Pediat. 1952, 41, 13. — 18. Hurwitz, M. B.: S. Afr. Med. J. 1970, 44, 219. (cit. Wedemayer). — 19. Martini, G. A.,

Harnack, G. A., Napp, J. H.: Dtsch. Med. Wschr. 1953, 78, 661. — 20. Nyerges G.: Gyermekgyógy. 1961, 12, 141. — 21. Schweitzer, L. L., Spears, R. N.: N. Eng. J. Med. 1970, 283, 570. — 22. Siegel, M., Fuerst, H. T.: JAMA 1966, 197, 680. — 23. Siegel, M.: JAMA 1973, 226, 152. — 24. Stoller, A., Collman, R. D.: Lancet. 1965, 2, 1221. — 25. Szász Gy. és mtsai: Orv. Hetil. 1955, 96, 1073. — 26. Wedemeyer, H. J., Huchzermeyer, H.: Dtsch. Med. Wschr. 1974, 99, 1833. — 27. Wewelka, F.: Leber und Schwangerschaft; in Demling, L.: Klinische Gastroenterologie. Bd. II. Thieme, Stuttgart, 1973. 773. — 28. Zondek, B., Bromberg, Y.: JAMA 1948, 138, 838.

IGMÁNDI keserűvíz

Megbízható, kiváló és ártalmatlan hashajtó

JAVALLATOK:

egyszeri erőlyes hashajtás

- székrekedési hajlam,
- emésztési szervek pangása,
- aranyér bántalmak
- bélhurutok esetén
- elhízás ellen

ADAGOLÁS:

Egyszeri hashajtásra:

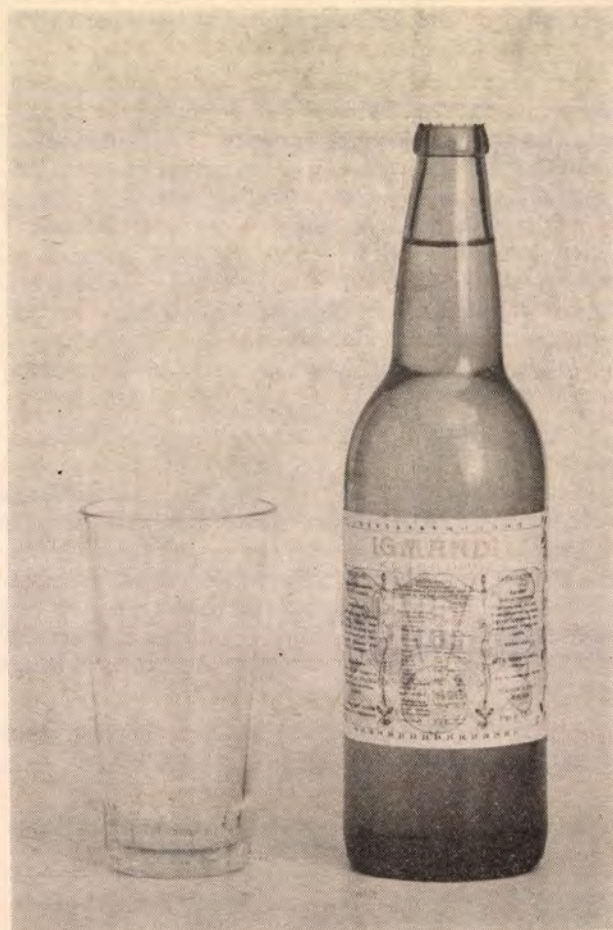
2 — 3 dl hidegen

IVÓKÚRÁNÁL:

- kezdő adag napi fél borospohárral hidegen vagy langyosan.
- Az adag egyénileg változtatható.
- bélhurutok kezelésére napi 1 — 2 dl melegen.

FOGYÓKÚRÁNÁL:

1/2 — 1 dl hidegen vagy langyosan.
az előírt diéta betartása mellett.



Fővárosi V. ker. Szakorvosi Rendelő,
Kardiológia

Symptomás sinus bradycardiás, sick sinus syndromás és pitvar-kamrai blockos betegek tartós Benciclan (Halidor) kezelése

Széplaki Sándor dr.

Sick sinus syndromában (SSS) és pitvar-kamrai blockokban (PKB) gyakran jönnek létre *prae-Adams—Stokes—PAS* (PAS) syndromás, prodromális klinikai tünetek: megsédülés, légzéselakadás, pillanatos ájulás, indokolatlan elesés. Máskor tipusos Adams—Stokes eszméletvesztéses görcsök keletkeznek, amelyek közül bármelyik fatális lehet. Ez utóbbi esetekben a pacemaker-beültetés indikált. *Solti és mtsai* (7) szerint a pacemaker-beültetés eredményei igen jók, „kétségtelen azonban az is, hogy a SSS-nak vannak olyan enyhe tünetekkel járó esetei, amelyekben pacemaker terapia még nem szükséges”.

A PAS-ban szenvedő és a pacemaker-beültetés elől elzárkózó betegek kezelése már 50 éve az atropin és 20—30 éve a sympathomimetikus gyógyszerek adásából áll. Sok szerző (1, 2, 6) és magunk is azt tapasztaltuk, hogy ezt a terapiát mellékhatásai miatt a betegek gyakran rosszul tolerálják, nem szedik rendszeresen és ezáltal az előírt kezelés formálissá válik. *Seipel és mtsai* (6) véleménye, hogy SSS-ban, amikor a sinus csomó érzékenysége csökken, lényegesen nagyobb dózisok szükségesek mint normális egyénekben, azonkívül e gyógyszerek az intermittáló tachycardiát fokozhatják.

A Halidor pharmacologiai tulajdonságai előnyösebbnek látszanak e betegségek gyógyításában és az utóbbi 4 évben kedvezőbb klinikai tapasztalatokat is szereztünk.

A Magyar Kardiológusok Társasága balatonfüredi tudományos ülésén 1977. május 6-án tartott előadás alapján.

1. táblázat

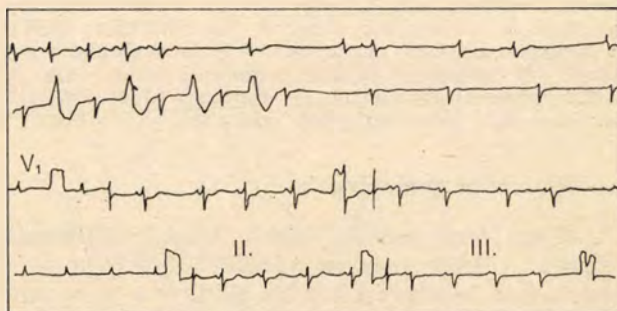
Betegség csoportok	Eset szám	Életkor (év)	Halidior th. (hónap)
1. Symptomás sinus bradycardia	9	69	11
2. Bradycardia-tachycardiával gyakori visszatérő ES-ek	2	62—78	6—23
Vándorló P hullám	2	68	23
SSS	5	56—71	21—25
Nodalis pótlórhythmus	2	70	14
Sinuaauricularis block	2	62—78	6—23
	1	73	21
	2	65—88	8—36
	1	48*	32
	2	66	16
	1	65—67	8—24
	4	46*	19
3. 2° block	4	65	18
A—V block	3	54—72	11—26
pitvar-kamrai dissociação	3	72	23
Összesen	29	65—77	10—41
		69	18

Az x-szel jelzett, nem idősebb betegek az Életkor „összesen” rovatban nem szerepelnek.

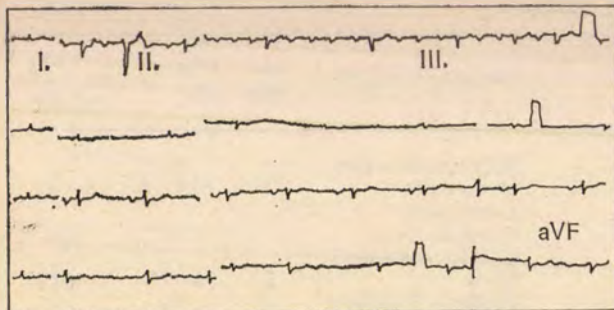
Vizsgálati anyag és módszer

1. A symptomás sinus bradycardiás betegeket részben a Halidor vagolytikus hatásának „tisztább” elemzése, részben a tartós kezelés hatásának megfigyelése miatt vizsgáltuk. E betegek az alacsony frekvencia (eseteinkben 43—54/min) mellett effort-dyspnoeról, fáradékonyságról, szédülésről panaszkodtak. 1 esetben PAS klinikai tünetek is szerepeltek az anamnesisben (táblázat).

2. Az SSS betegeinket *Solti és mtsai* (7) felosztását figyelembe véve a kísérő arrhythmia és a vezetési zavarok alapján csoportosítottuk. Az SSS diagnózisának megállapítása a klinikai tünetek és 2—3 EKG gyanújel együttes előfordulása alapján történt, amit ábráink egyértelműen szemléltetnek. Pár éve még e syndroma diagnosához a sinus regenerációs idő vizsgálatát kritériumnak tartották, ma már a gyakorlat számára elfogadják *Solti és mtsai* (8) szerint is az „ismételt EKG felvételek és klinikai megfigyelések segítségével, a betegség tipusos jelei alapján (tartós bradycardia, recidiváló pitvari fibrillatio jelentkezése, junctionalis pótló-rhythmus, alsó pitvari sinus coro-



1. ábra: K. M., 70 éves nő. 20 éve asthma bronchiale, emphysema. Digitalis 1 éve nem szed. Fél éve brady-tachyarrhythmias rohamkor szédülés. Fr.: 38—100. Kamrai ES-ek. Az 1., 2. sorban különböző alakú P (pos., neg.) és változó PQ a bradycardia idején. Az 1. sorban sinuaauricularis block, közben két akcióban nodalis pótló rhythmus. Halidor után 2 hétre (3. sor) 56—82-es sinus arrhythmia, 3 hónap múlva 80-as sinus rhythmus (4. sor)



2. ábra: O. Ö., 77 éves férfi. 4 éve myocardialis infarctus során alakult ki block (OTKI IV. Bel., Atropin, Propylon: nem bírta). Gyakori szédülés. 2 éve sinuauricularis block és gyakran 160-as pitvari tachycardia változó kapcsolási blockkal (1. sor). 1 éve Adams-Stokes-roham, a Mentőkórházban pacemaker-beültetést nem fogad el. Ekkor 36-os frekv. infranodális pótló rhythmus dominál (2. sor). Halidor kezelés után 1 hónapra 52-es frekv. supranodális pótló rhythmus alakul ki. A P hullám alakja hasonló a pitvari tachycardiás P-hez (3. sor). Fél év múlva 44–45-ös kamrafrekvenciájú fibrilloflutter mellett klinikailag jobb állapotba kerül

narius rhythmus jelentkezése, vándorló P hullám, sinuauricularis block, sinus arrest, brady-tachycardia syndroma) kimutatható tüneteket is. A sinus regeneratio idejének vizsgálata egzaktabbá teheti a diagnózist (2 eset).

3. A pitvar-kamrai vezetési zavarokat az EKG tünetek alapján csoportosítottuk A táblázat mutatja az 1973 júliusától kezelt 29 betegünk megoszlását.

Betegeink közül 14 férfi és 15 nő. A napi 3×100 mg (3×1 tabl.) Halidort 6–41 hónapja szedik. 9 esetben, amikor kedvező hatás stabilizálódott, 2×1 tabl.-t adunk vagy a control eredménye szerint változtattuk a 3×1 tabl.-val. Az esetek felében beta-receptor blokkoló és/vagy digitális szedés szerepelt az anamnesisben. Csoportjainkba közülük csak azokat tettük be, akiken a gyógyszerek elhagyása után 1 hónap múlva is megmaradtak a jellemző EKG elváltozások.

Betegeink anamnesisében PAS panaszok 18 esetben fordultak elő: 3 hónaptól 7 évvel megelőzően a kezelés előtt, 8 esetben az utóbbi fél évben gyakrabban jelentkeztek szédülések, ájulások panaszok. A sinus bradycardiás csoportban csak 1 esetben voltak, a többi súlyosabb betegségecsoportokban csak 3 esetben nem voltak pillanatos ájulások panaszok az anamnesisben. 7 betegen előzőleg már típusos Adams-Stokes-rohamok is kialakultak, amelyet mentőkórházi, OTKI és baleseti sebészeti osztályokon történt kezelések jeleznek. A betegeket először naponta-hetente, később 1–2 havonként vizsgáltuk, de esetleges tünetváltozásokkor bármikor jelentkezhetek controlra.

Vizsgálati eredmények

Sinus bradycardiás, sinus bradyarrhythmias csoport. A frekvencia az átlagos 50-ről 57/min-ra emelkedett, amelyet a kezelés előtti és a 3. hónapi control EKG felvétel alapján számítottunk ki a fekvés 5. percében rögzített 20 actio alapján. 2 betegen a nagyfokú sinus arrhythmia és a gyakori supraventricularis és/vagy kamrai ES-ek is csökkentek vagy megszűntek. 2 esetben a Halidor kúra 6., ill. 9. hónapjában pitvar-fibrillatio alakult ki, amely azóta is fennáll (1 éve, ill. 7 hónapja). E csoportban a betegek egyéb panaszai (nehézlégzés, fáradékony-ság) is csökkentek.

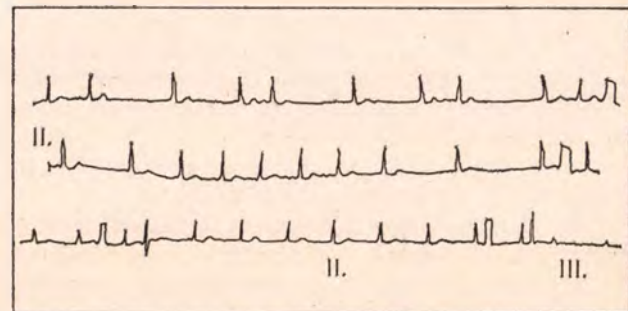
A brady-tachycardiás csoportban egyik esetben tartósan helyreállt a normális frekvenciájú sinus rhythmus, másik esetben a 4. hónapban eu-rhythmias pitvar-fibrillatio alakult ki, amely 2 éve stabil, lényeges cardialis panaszok nélkül.

A vándorló P hullám mindkét esetben sinus P alakult ki Halidor kezeléskor. Az 1. ábrán egyébként látható, hogy a kategóriákba való osztás csak dominantitást jelent és a tájékozódást könnyíti, mert legtöbbször egy betegen több eltérés fordul elő egyszerre vagy az egymás utáni EKG-on, ez esetben: brady-tachycardia, gyakori ES, vándorló P hullám és nodális pótsystolék. Ez feltétele is a SSS klinikai diagnózisának.

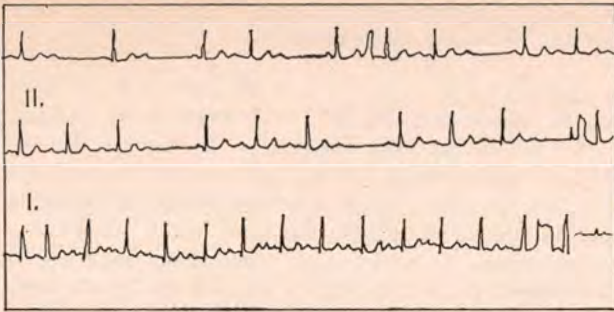
Nodális pótló-rhythmus 6 esetéből 1-ben Halidor hatására az infranodális pótló-rhythmust supranodális rhythmus, majd pitvar-fibrillatio váltotta fel (2. ábra). Egy 48 éves nőbetegen, akinek 6 évvel előbb carditis során Adams-Stokes-rohamai is voltak és azóta is gyakran ismétlődtek szédülések panaszai, a Halidor kúra 10. hónapjában jó frekvenciájú pitvar-fibrillatio váltotta fel a sinuauricularis blockot, ill. a mesonodális pótló-rhythmust. 2 éve megszűntek előző panaszai, munkaképes lett. 1 betegen a Halidor kúra $1\frac{1}{2}$ évében pacemaker-beültetés történt decompensatio miatt, amely után digitalizálhatóvá vált. A többi 3 esetben a kamrafrekvencia 5–6/min-mal szaporább lett, de az alap EKG nem változott. Az ájulások panaszok azonban a betegeken is elmaradtak, magas életkoruk ellenére is: a Halidort 2–3 éve szedik, miközben 77–78, ill. 86–88 évesek lettek.

Sinuauricularis block tiszta formája viszonylag ritka, legtöbbször pótsystolékkel együtt fordul elő. 1 esetben tartósan megszűnt a block (3. ábra). 1 betegen a 2 évi kezelés alatt intermittálóvá, 1 betegen ritkábbá vált a block és a sinus rhythmus hosszabb perióduson át maradt fenn. Klinikailag a betegek is csaknem panaszmentessé váltak.

Másodfokú a-v block. 1 esetben már 6 éve fennálló Mobitz, ill. Wenckebach típusú block szűnt meg 1 évi kezelésre (4. ábra). A másik 3 beteg közül 2 esetben a Wenckebach-periodicitás intermittálóvá vált, 1-ben a Mobitz-block változatlan maradt.



3. ábra: K. F., 65 éves férfi. Fél éve érez kihagyásokat, többször ájulásérzés, légzése gyakran elakad. 2 : 1 sinuauricularis block, pótsystolékkel (1. sor). Halidor után 3 hétre a pótsystolék elmaradnak még ott is, ahol a sinuauricularis blockok egymást követik. A block gyakorisága ritkul (2. sor). A kezelés 8. hónapjában 75-ös frekv. sinus rhythmus stabilizálódott



4. ábra: S. A., 72 éves férfi. 6 éve tud Wenckebach-periodicitásról. Több kórházban kezelték (Atropin, Alupen). Kezdetben voltak szédülési panaszai, az utóbbi években inkább szívnyomást érzett. Az első 2 actióban 38-as kamrafrekvenciájú Mobitz típusú block, utána Wenckebach-periodicitás (1. sor). Halidor után 3 hónapra Mobitz-block megszűnt, a Wenckebach-periodicitás már 3 actióban fokozatosan nyúló PQ után blockol (2. sor). Halidor után 1 évre 1°-ú (PQ: 0,30 s) block alakult ki

A teljes pitvar-kamrai dissociatio (PKD) 3 esetéből 1-ben az EKG változatlan maradt. 1 betegen a teljes dissociatio mellett a Halidor kúra alatt fix kamrai bigeminia rögzült, amellyel az előzőleg gyakran elájuló beteg tünetmentes lett 3 évi kezelés alatt. Combnyaktörés után, a kórházban embolia miatt hirtelen meghalt 80 éves korában. A harmadik betegen eurhythmiás pitvar-fibrillatio kilakulása után szűntek meg a panaszok (5. ábra).

Összefoglalva tehát azt találtuk, hogy SSS-ban, a-v blockokban a PAS klinikai tünetei betegeinken megszűntek, bár az EKG 7 esetben nem változott értékelhetően. A többiekben az EKG-on is kifejezett regressziós tendenciákat regisztráltunk. Ide soroljuk 6 esetben a pitvar-fibrillatio kialakulását és tartós megmaradását, amelyet különösen megnyugtatónak találtunk az Adams—Stokes-syndroma megelőzésében az előző blockos asystoliákhoz viszonyítva.

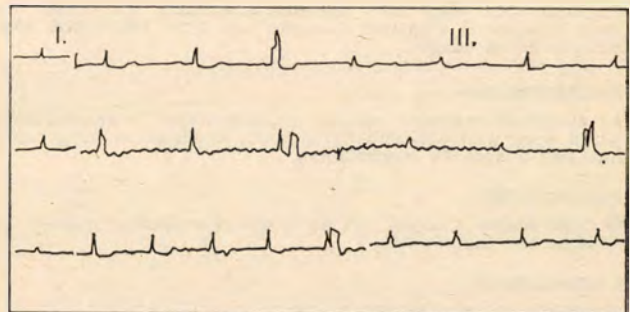
A Halidor hatás legtöbbször a kezelés 2. hetében mutatkozott a frekvencia növekedésében, a ritmus-zavar ritkulásában. Az 1—3. hónapban azonban még előfordultak az EKG-ban relapsusok a gyógyszerzedés ellenére, bár általában ilyenkor is jobb volt az alapgörbénél. Tartós regressziós változások a 3—8. hónapban fejlődtek ki és ezután stabilizálódott az elérhető kedvező változás. A kis dózisú tartós Halidor kezelést a betegek jól tolerálják és mellékhatást eddig nem észleltünk (9).

Az SSS-ban szenvedők különösen érzékenyek beta-blockolókra (1, 3, 4) és digitalisra (2, 6). Minden esetben elhagytuk a gyógyszereket, amelyeket előzőleg az esetek egy részében rendszeresen adtak. A Halidor szedése alatt 5 esetben a diuresis fokozódott és úgy tűnik, hogy a coronaria keringés és az anyagcserezavar javítása eleve a decompensatio megelőzését is szolgálja. Ha terapiás programunkat a betegeknek megmagyarázzuk, a Halidort — különösen a pacemaker-beültetés előtt elzárkózó betegek — éveikig is szívesen és pontosan szedik.

Előző vizsgálataink (10) alapján feltételezzük, hogy a Halidor nemcsak a vagolytikus hatása folytán hat az ingerképzés és az ingerületvezetés frekvenciájára, mint az atropin és a sympathomimetikumok, hanem javítja az ezeket kiváltó anyagcserezavarokat is. A Halidor ugyanis, vizsgálataink szerint, szinte specifikusan hat a subendocardialis anyagcserére, hypermetabolizmus esetén a gyors repolarizációt és az intracelluláris hyperkalaemiát normalizálja. Ezenkívül a már régebben ismert coronaria-tágító hatása, hosszú ideig adva, regenerációs lehetőségeket teremthet. Kedvező az antiszerotonin, oedema-csökkentő hatása is. Specifikus, cumulálódó hatásként értékeljük azt, hogy bár a Halidor vagolytikus hatását *egészséges emberen* gyengébbnek találtuk az atropinénál, tartós kezeléskor mégis lényegesen kedvezőbb javulást észleltünk. Az első hónapban előnyös e két gyógyszer kis dózisainak kombinációja ($3 \times 1 - 3 \times 1$ tabl.).

Regressziós hatásként értékeljük az ingerképzés és az ingerületvezetés javulásának *fokozatosságát*, amely EKG-val követhető: 1. vándorló pitvari ingerképzés után sinus aktiváció (1. ábra). Máskor Mobitz-block — Wenckebach-periodicitás — első fokú a-v block (3. ábra) vagy infranodalis-supranodalis ingerképzés — pitvar-fibrillatio (4. ábra). 2. Akiken a sinus csomó betegség annyira előrehaladt, hogy képtelen a tartós vezérlésre, a pitvarlebegés után pitvar-fibrillatio alakul ki (5. ábra). Ez előfordul Halidor hatásra sinus bradyrhythmiás betegeken is. SSS-ban a pitvar-fibrillatiót más szerzők (1, 6) is előnyösnek tartják az Adams—Stokes-syndroma profilaxisában. Pharmacológiai vizsgálatok (10) szerint a Halidor az isoproterenol frekvencianövelő hatását potenciózza, tehát növeli a sympathikus aktivitást, amely a pitvar-fibrillatio tartós fennmaradását elősegítheti. Ugyanakkor kamrai tachycardiát eddig még nem észleltünk. SSS-ban nagyon fontos a brady-tachycardiás váltások elkerülése (4), éppen ezért e betegségekben a pitvar-fibrillatióknak sinus ritmusba való helyreállítási próbálkozásai nagyon meggondolandók (syncope veszélye).

SSS-ban és PKB-ben az irreversibilis laesiók mellett gyakran functionalis anyagcserezavarok fo-



5. ábra: D. A., 72 éves férfi. Teljes a-v blockja 7 éve myocardialis infarctus során alakult ki. Az Országos Kardiológiai Intézetben 1970—1971-ben pacemakert hiába javasoltak. Gyakori szédülési panaszok. 40-es kamrafrekv. Halidor után 6 hónapra változatlan kamrai automatia mellett pitvarlebegés alakul ki (2. sor), amely 2 hónap alatt fokozatosan növekvő kamrafrekvenciájú pitvar-fibrillatióvá válik, lényegesen jobb klinikai statussal

kozzák az ingerképzés és az ingerületvezetés zavarát (3) olyan mértékűvé, hogy Adams—Stokes-syndroma keletkezzék. Halidor hatásra ez utóbbiak, még súlyos súlyos alapbetegség, változatlan EKG mellett is javulhatnak klinikailag (7 eset).

Összefoglalás. A szerző 9 symptomás sinus bradycardiás, 13 sick sinus syndromás és 7 pitvar-kamrai blockos betegen 6—41 (átlag 18) hónapig napi 3×100 mg Bencyclan (Halidor, Fludilat) kezelést folytatott. Az előző prae-Adams—Stokes prodromális klinikai tünetek (megszédülés, pillanatos ájulás) a kezelés alatt elmaradtak, tipusos Adams—Stokes-syndroma nem fordult elő. Az esetek kétharmadában az EKG jelentős javulást mutatott. A

kis dózisú Bencyclan a tartós kezelés alatt nem okozott lényeges mellékhatást.

IRODALOM: 1. Aroesty, J. M., Cohen, S. I., Mor-kin, E.: Chest. 1974, 66, 257. — 2. Engel, T. R., Schaal, S. F.: Circulation. 1973, 48, 1201. — 3. Mózer I., Deme-ter J.: Cardiol. Hung. 1974, 3, 275. — 4. Rochlitz K., Kenedi I.: Adatok a gyenge sinus működés klinikumá-hoz. Balatonfüred. Előadáskivonatok. 1976. 119. old. — 5. Rubinstein, J. J. és mtsai: Circulation. 1972, 46, 5. — 6. Seipel, L., Breithardt, G., Coogen, F.: Dtsch. Med. Wschr. 1976, 101, 176. — 7. Solti F. és mtsai: Orv. Hetil. 1976, 117, 1394. — 8. Solti F. és mtsai: Cardiol. Hung. 1977, 6, (3), 177. — 9. Széplaki S., Cseke B.: Magy. Belorv. Arch. Suppl. 1978/1, 15, 12. — 10. Szép-laki S., Grasser K., Petőcz L.: Orv. Hetil. 1978, 118, 2883.

STUGERON tabletta

ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 25 mg cinnariziniumot tartalmaz.

HATÁS

A Stugeron kifejezetten gátolja a különböző vasoaktiv anyagok (adrenalin, noradrenalin, dopamin, angiotensin, vasopressin, histamin, serotonin, brady-kinin, nicotin) hatását. Ezen anyagok ismétlődő érszűkítő aktivitásának fontos szerepet tulajdonítanak az atherosclerosis kialakulásában. A Stugeron ezen felül fokozza az erekben átáramló vér mennyiségét, javítja a szövetek vérrellátását, spasmolytikus hatást fejt ki az érfal simaizomzatára. A vérnyomást gyakorlatilag nem befolyásolja. Csökkenti a labyrinthus inger-lékenységet.

JAVALLATOK

A cerebrális keringés zavarai: arteriosclerosis cerebri, apoplexia és cerebro-cranialis sérülések utókezelésében, egyensúlyzavarok, migraine. A perifériás erek megbetegedéseiben (Buerger-kór, Raynaud-syndroma, diabetes, acrocya-nosis) a claudicatio intermittens, paraesthesia, trophicus zavarok kezelésére.

ELLENJAVALLAT

Ez ideig nem ismeretes.

ADAGOLÁS

Naponta 3×1 , vagy 3×2 tabletta hónapokon keresztül, rendszeresen. Erzé-keny betegeknél ajánlatos a kúrát napi 3×1 tablettával kezdeni és fokozato-san emelni az adagot.

MELLÉKHATÁS

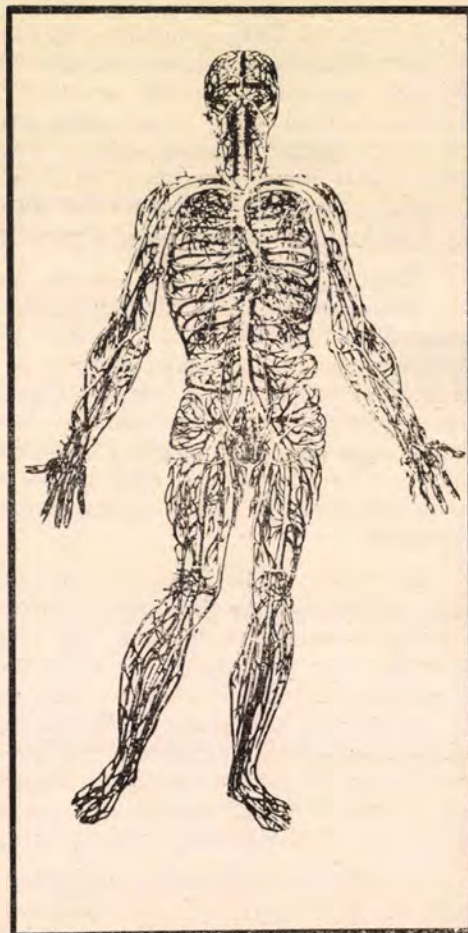
Az átlagosnál nagyobb adagok alkalmazásakor előfordulhatnak: enyhe somno-lentia vagy gastrointestinalis zavarok, amelyek az adag csökkentésére néhány nap múlva spontán megszűnnek.

MEGJEGYZÉS

* Csak vényre kiadható, és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtethető.

CSOMAGOLÁS

50 tabletta térítési díj: 4,— Ft.



VEROSPIRON®

tabletta

ÖSSZETÉTEL

1 tabletta 25 mg spironolactonumot tartalmaz.

JAVALLATOK

Máj-cirrrosis ascitesszel, cardiacalis és renalis oedema, agyoedema, idiopathikus oedema. Ascitesszel és oedemával járó daganatos megbetegedések. Hypertoniában antihypertensiv kezelésként rauwolfiával, illetőleg salureticumokkal kombinálva. Súlyos égési sérülés, hypokalaemiás és myastheniás eredetű paroxysmalis izombénulás. Portocavalis shunt-műtét utáni állapot.

ELLENJAVALLAT

Hyperkalaemiával járó veseelégtelenség.

ADAGOLÁS

A diagnosis és a klinikai kép súlyosságának megfelelően az adagot esetenként kell meghatározni. Általában napi 4-szer 2 tabletta (200 mg) a kezdő adag (pl. 6 óránként 2 tabletta). Az egyéni szükséglet és tűrőképesség figyelembevételével célszerű a napi adagot változtatni. Szükség esetén a napi adag 4×3 tablettáig is növelhető (300 mg).

A diuresis általában a 3—6. nap között fokozódik. Ezután fenntartó kezelésre lehet áttérni: naponta 4×1 tabletta (100 mg) Verospiron adása mellett diureticumok intermittáló adása javasolt. Hypertonia kezelésére az előírt antihypertensiv szer hatását naponta 4×1 tabletta (100 mg) Verospiron szedésével lehet kiegészíteni.

Gyermekegyógyászatban használatos adagja 2—3 mg/testsúlykg naponta, fenntartó kezelésre 1—1,5 mg/testsúlykg naponta.

MELLÉKHATÁSOK

Gastrointestinalis panaszok, ritkán reversibilis gynaecomastia, menstruációs zavarok. Verospiron adása magas szérumkáliumszint esetén csak kivételes esetben rendelhető, mert további káliumszint-emelkedést hozhat létre. Bár a vegyülettel kapcsolatos magzati

károsodás ez ideig még nem ismeretes, alkalmazását a terhesség első harmadában nem ajánljuk. Huzamos Verospiron-kezelés során a szérum-Na és -K-szint időszakos ellenőrzése javasolt.

MEGJEGYZÉS

✱ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS

20 tabletta 11,40 Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest



PRODECTIN®

tabletta

ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 250 mg pyridinolcarbamatot tartalmaz.

JAVALLATOK

Arteriosclerosis, illetve mindazon obliteratív verőérbetegségekben, amelyek az érlumen szűkülésével, elzáródásával vagy érfalkárosodással járhatnak együtt.

Cerebrovascularis keringészavarok.

Obliteratív szemészeti angiopathiák.

A Prodectin-kezelés eredményesen alkalmazható obliteratív coronaria-megbetegedések-

ben is, illetve infarctus utáni kezelésre.

ELLENJAVALLAT

Nem ismeretes.

ALKALMAZÁS ÉS ADAGOLÁS

Kúraszerű. A kezdő adag naponta 3×1 tablettá, majd a kezelés napi 3×2 tablettával folytatható a tüneti kép javulásáig. A fenntartó adag napi 3×1 tablettá. A Prodectin-kezelés több hónapon át folytatandó. A készítmény kombinációs kezelésre is alkalmas.

MELLÉKHATÁS

Kivételesen gastrointestinalis panaszokat, palpitiót, tachycardiát okozhat. E tünetek az adag csökkentésével megszűnnek.

A Prodectin esetlegesen előforduló kóros metabolizmusa következtében — igen ritkán — hepatotoxicus metabolitok képződhetnek, amelyek heveny májkárosodást okoznak.

FIGYELMEZTETÉS

A Prodectin kúraszerű alkalmazása során 4—6 hetenként javasolt a beteg hepatológiai vizsgálata, amely a fizikális ellenőrzés mellett kiterjed a se.-bilirubin, SGOT, SGPT értékek ellenőrzésére is.

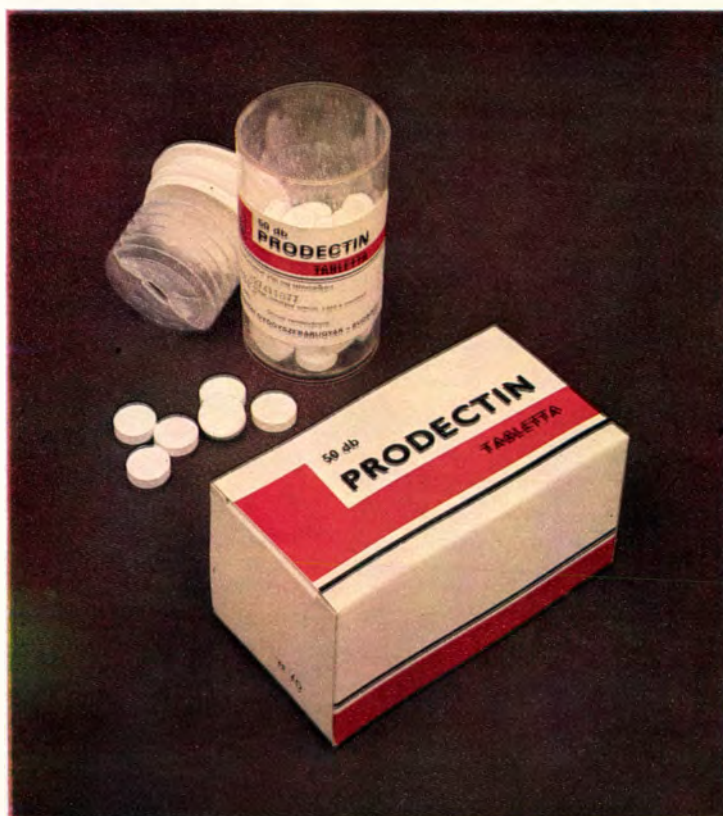
MEGJEGYZÉS

Csak vényre kiadható és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.

Az orvos akkor rendelheti a gyógyszert, ha azt a területileg, illetőleg szakmailag illetékes fekvőbeteg osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja.

CSOMAGOLÁS

50 tablettá, térítési díj:
12,60 Ft.



Kőbányai
Gyógyszerárugyár,
Budapest

Járási Szakorvosi Rendelőintézet, Szigetszentmiklós
Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
Igazságügyi Orvostani Intézet

A vércsoportok (vörösvérsejt-membran allotípusok, szérumfehérje- és enzim-polimorfizmusok) megoszlása Magyarország népességében

Rex-Kiss Béla dr. és Szabó László dr.

A mai *Homo sapiens* geográfiai variabilitásának tanulmányozása és — mindenekelőtt — a variabilitás lehetséges okainak a megállapítása a modern természettudományos antropológia egyik kutatási területe. Az ember földrajzi megoszlásának vizsgálatára korábban csaknem kizárólag morfológiai, antropometrikus és daktiloszkópos módszereket alkalmaztak. Az utóbbi évtizedekben ezeken kívül mind nagyobb mértékben bevonták a szerológiai, fizikális-kémiai és biokémiai módszereket is. Ez utóbbiak segítségével a genetikailag determinált vörösvérsejt-membrán és szérumfehérje polimorfizmusokban (közelebbről: a vércsoportokban) rejlő, antropológiailag jelentős információs anyagot is felhasználták. A vércsoportok antropológiai jelentősége abban van, hogy ezek lehetővé teszik az emberi populációk pontos genetikai leírását, ezen felül, ezek segítségével megismerhetjük számos populációgenetikai mechanizmus (mutáció, szelekció, genetikai drift, migráció stb.) evolúciós hatását (1, 4, 5, 6, 12, 13, 16).

A *polimorfizmus* a genetikai variációnak egyik formája, és a populációban előforduló gyakori alternatív gének következménye. Ford definíciója szerint a polimorfizmus kifejezés csakis olyan fenotípusok jelölésére alkalmazható, amelyek egy populációban gyakrabban fordulnak elő, mint az a mutáció eredményeképpen várható volna (17). Genetikailag polimorfizmusról csak akkor beszélhetünk, ha egy populációban egy genlocuson legalább két különböző hatásos allel fordul elő, és a leggyakoribb frekvenciája a 0,99-et nem haladja meg, vagyis legalább 2% heterozygota típus fordul elő. Egy 0,01 gyakoriságú allel ho-

mozygota alakban csak 1:10 000-hez fordul elő. A 0,01-nál ritkább allelek produktumait (antigénjeit, fenotípusait) *variánsoknak* nevezzük (17).

A vércsoportvizsgálatoknak — tekintettel arra, hogy a vércsoport-tulajdonságok környezetistabilak, öröklésmenetük biztos, és a jellegek pontosan meghatározhatók — rendkívül nagy jelentőségük van az emberi faj fejlődésének, az emberfajta kialakulásának és a fajtaon belüli rokoni kapcsolatoknak a tanulmányozásában is. Mivel bebizonyosodott, hogy egyes allo-antigének (allo-típusok) előfordulása nagy különbséget mutathat az egyes emberi populációkban, rasszokban, ezért a vércsoportvizsgálatok értékes antropológiai adatokat szolgáltathatnak.

Mint ismeretes, az első populációgenetikai vércsoportvizsgálatokat a lengyel *Hirschfeld házaspár* végezte 1918-ban (9, 10). Tőlük függetlenül — velük csaknem egy időben — történtek az első ilyen irányú vizsgálatok hazánkban is (40, 42). Természetesen akkor még csak az AB0 vércsoportok vizsgálatáról lehetett szó. Azóta egész sor vércsoport rendszer típusmegoszlásának és gén- (allel) gyakoriságának vizsgálata a fizikális antropológia egyik fontos fejezetévé vált.

A vércsoportok biztos öröklésmenete lehetővé tette, hogy a fenotípusok előfordulási gyakoriságának ismeretében kiszámítsuk a jellegeket meghatározó gének (allelek) koncentrációját a különböző populációkban. Ezzel megnyílt az út a populációgenetikai szintű differenciálódásban érvényesülő törvényszerűségek megismerése felé és így az embertan történetében első ízben vált lehetővé a fenotípusok földrajza — a fenográfia — mellett, ill. helyett a gének földrajzának a tanulmányozása. E kutatások nyomán alakult ki a humán „génföldrajz”, az emberi gének földrajzi megoszlásának a tudománya (1, 12, 13). A vércsoportok génföldrajzát illetően nem minden népet tanulmányoztak eddig egyforma részletességgel. Hazánk népessége — sajnos — a kevésbé tanulmányozottak csoportjába tartozik. Természetesen legtöbb adat áll rendelkezésre a korábban felfedezett vércsoportok földrajzi megoszlásáról, de megállapítható, hogy a legújabban felfedezett enzim-polimorfizmusok vizsgálata is gyorsan elterjedt, és ma már rendelkezünk megbízható adatokkal sok civilizálatlan, primitív populációról is. Az eredményeket térképre felvive kidolgozták az isogének, ill. isogénvonalak kartográfiai rendszerét is (14, 15, 35).

Kevesen tudják, hogy a *Szovjetunióban* nagy hagyományai vannak a vércsoportkutatásnak. Már az 1920-as évek első felében kiterjedt vércsoportvizsgálatokat végeztek, elsősorban az orosz és ukrán lakosság körében (33). *Rubaskin* a vércsoportokról könyvet is írt, amely 1928-ban jelent meg Leningrádban (32). Ukrajnában (Charkovban) — elsőként a világon — a vércsoportkutatásnak külön tudományos társasága is alakult 1927-ben, amelynek saját folyóirata is volt (33).

Alekszejevnek, a szovjet antropológia kiváló képviselőjének, a Szovjetunióban 1974-ben megjelent könyve magyar nyelvű fordítása 1976-ban jelent meg (1). A könyv azzal, hogy adatokat szolgáltatott az utóbbi évtizedekben az antropológiai, populációgenetikai vércsoportkutatás terén elért

1. táblázat. Vörösvérsejt-membrán allotípusok

ABO rendszer		MN/Ss rendszer (25,26)		Rh-rendszer		K/k rendszer (29)	Duffy rendszer (35)
(31) n = 1004,916 %	(8,24) n = 3810 %	% MN n = 20 000	% MN/Ss n = 300	(31) n = 901 041 %	(2) n = 5000 %	n = 400 %	n = 723 %
A = 42,38	A ₁ = 33,88	M = 32,60	MS = 5,0	Rh (D) neg. = 16,11	ccdee = 15,00	K+ = 7,00	Fy(a+b-) = 19,63
B = 17,90	A ₂ = 8,05	MN = 49,00	MSs = 16,0	Rh (D) poz. = 83,89	Ccdee = 0,82	K- = 93,00	Fy(a+b+) = 50,91
O = 31,05	B = 18,23	N = 18,40	Ms = 9,0	—	ccddEe = 0,94	—	Fy(a-b+) = 29,46
AB = 8,67	O = 31,51	—	MNS = 4,7	D = 0,5986	ccDee = 1,90	K = 0,0356	—
—	A ₁ B = 6,70	m = 0,5710	MNSs = 22,3	d = 0,4014	CcDee = 35,30	k = 0,9640	Fy ^a = 0,4510
p = 0,2999	A ₂ B = 1,64	n = 0,4290	MNs = 23,0	—	CCDee = 18,58	—	Fy ^b = 0,5490
q = 0,1426	—	—	NS = 0,6	—	ccDEE = 11,24	—	—
= 0,5572	p ₁ = 0,2280	Ss	NSs = 5,7	—	ccDEE = 2,20	—	—
—	p ₂ = 0,0676	n = 300	Ns = 13,7	—	CcDEE = 13,90	—	—
—	q = 0,1438	SS = 10,30	—	—	C+C ^w = 0,4407	—	—
—	r = 0,5614	Ss = 44,00	mS = 0,2680	—	c = 0,5593	—	—
—	—	ss = 45,70	ms = 0,2820	—	D = 0,5960	—	—
—	—	—	nS = 0,0820	—	d = 0,4040	—	—
—	—	S = 0,3230	ns = 0,3680	—	E = 0,1690	—	—
—	—	s = 0,6770	—	—	e = 0,8310	—	—
—	—	—	—	—	c-- = 0,0242	—	—

2. táblázat. Plasmafehérje allotípusok

Gm(a) n = 10 000 %	Gm(b) n = 2000 %	Gm(x) n = 10 000 %	Gm(a,b,x) n = 500 %	(25, 26) InV(1) n = 500 %	Haptoglobulin (Hp) 18, 19) n = 10 000 %	Groupsepsific (Gc) (11) n = 1000 %	Transferrin (Tf) (22, 23) n = 1007 %
Gm(a+) = 38,40	Gm(b+) = 92,00	Gm(x+) = 8,40	Gm(a+b+x+) = 6,8	InV(1+) = 12,10	Hp 1-1 = 13,35	Gc 1-1 = 50,41	Tf CC = 99,5035
Gm(a-) = 61,60	Gm(b-) = 7,00	Gm(x-) = 91,60	(a+b-x+) = 1,4	InV(1-) = 87,90	2-1 = 46,00	2-1 = 41,18	Tf BC = 0,4965
—	—	—	(a+b+x-) = 27,0	—	2-2 = 40,35	2-2 = 8,47	—
Gm ^a /Gm ^a = 4,62	Gm ^b /Gm ^b = 54,08	Gm ^x /Gm ^x = 0,18	(a+b-x-) = 4,0	InV ¹ /InV ¹ = 0,39	0-0 = 0,30	—	Tf ^e = 0,9975
Gm ^a /Gm = 33,75	Gm ^b /Gm = 38,92	Gm ^x /Gm = 8,21	(a-b-x-) = 60,2	InV ¹ /InV = 11,70	—	Gc ¹ = 0,7100	Tf ^b = 0,0025
Gm/Gm = 61,60	Gm/Gm = 7,00	Gm/Gm = 91,60	(a-b-x-) = 0,6	InV/InV = 87,91	Hp ¹ = 0,3635	Gc ² = 0,2900	m
—	—	—	—	—	Hp ² = 0,6365	—	—
—	—	—	Gm ^a = 0,1930	—	—	—	—
—	—	—	Gm ^{ax} = 0,0420	—	—	—	—
—	—	—	Gm ^a = 0,7650	—	—	—	—

- Az 1974. évi WHO nomenklatúra szerint az immunglobulin allotípusok jelzése a következő:

Gm(a) = G1m(a) vagy G1m(1)
 Gm(x) = G1m(x) vagy G1m(2)
 Gm(b) = G3m(b-) vagy G3m(5)
 InV(1) = Km(1)

3. táblázat. Enzym allotípusok

Szérum alkálikus phosphatase (41) n = 162			Vörösvérsejt savanyú- phosphatase (36) n = 631	Glutamat- pyruvat- transaminase (37) n = 314	Phosphogluco- mutase (37) n = 330	Adenosin-de- aminase (38) n = 1234	Adenylatkinase (39) n = 734
			%	%	%	%	%
0 vércsoport	P ₁	P ₂	VSP	GPT	PGM ₁	ADA	AK
A vércsoport	58,9	41,1	A = 12,52	1—1 = 26,11	1 = 58,18	1 = 88,00	1 = 93,59
B csoport	88,9	11,1	BA = 41,51	2—1 = 49,05	2—1 = 36,96	2—1 = 11,58	2—1 = 6,34
	67,4	32,5	B = 32,80	2—2 = 24,84	2 = 4,86	2 = 0,42	2 = 0,05
			CA = 5,39	—	—	—	—
			CB = 7,75	GPT ^a = 0,506	PGM ₁ ^a = 0,766	ADA ^a = 0,938	AK ^a = 0,968
			C = 0,00	GPT ^b = 0,493	PGM ₁ ^b = 0,234	ADA ^b = 0,062	AK ^b = 0,032
			p ^a = 0,359				
			p ^b = 0,575				
			p ^c = 0,066				

nagyyszerű eredményekről a Szovjetunióban, újból ráirányította a figyelmet ennek a kutatási területnek a jelentőségére, elsősorban a humánbiológiában. Meg kell itt említenem az angol *Mourant*-nak és munkatársainak 1976-ban Londonban megjelent nagy terjedelmű (több mint 1000 oldalas) könyvét, amelyben megtalálhatjuk az 1971-ig végzett, ill. közölt vércsoportvizsgálatok eredményeit a világ minden részéből (15). Ebből is megállapítható, hogy világszerte milyen óriási adatgyűjtő munka folyik e téren. (Példaképpen megemlítjük, hogy a Szovjetunió népei között végzett A₁A₂B₀ vércsoportvizsgálatok eredményei 17 oldalt tesznek ki!) Magyarország népességéről viszonylag kevés adat található benne.

Az egyes rasszokban, népekben, valamint a különböző földrajzi területeken az egyes vércsoportok (alloantigének, típusok) megoszlásának és a gén- (allel) gyakoriságnak az ismerete és dokumentálása az antropológián kívül nagy fontosságú az orvostudomány csaknem minden területén. Az ún. alap tudományterületeken (mint pl. a fiziológia, kórelletan, biológia, humangenetika) kívül utalunk itt, mint legfontosabbakra, az immunhaematológiára, a vérátömlesztésre, a szövet- és szervtranszplantációra, a neonatológiára, az igazságügyi orvostanra, az örökletes betegségek elleni küzdelemre. Mivel a vércsoportokban a humangenetika az öröklődő tulajdonságok olyan sorával rendelkezik, amelyek manifestációjának megállapítása egzakt laboratóriumi módszerekkel viszonylag könnyű és biztos, ezért hálás és eredményes munkaterülete a humangenetikának a vércsoportkutatás. Segítségével a humangenetika máris számos általános érvényű megállapítás birtokába jutott (2, 3, 5, 6).

Közleményünkkel az a célunk, hogy az érdeklődő orvosokat tájékoztassuk a mai napig rendelkezésünkre álló legfontosabb hazai vércsoportvizsgálatok eredményeiről. Ennek szükségességére már régebben felfigyeltünk. Több oldalról meggyőződünk ugyanis arról, hogy még a haematológia valamelyik ágával foglalkozó orvosok is kevésbé tájékozottak e téren. Ennek részben az az oka, hogy ezeknek az adatoknak a megszerzése nem könnyű. A hazai vizsgálatok eredményei ugyanis sok esetben olyan szaklapokban jelennek

meg, amelyeknek olvasótáborra kicsi. Zavart okoz az is, hogy a szaklapokban található eredmények jelentős része nem tekinthető reprezentatívnak az ország egész népessége tekintetében. Magunk 1970-ben közzétettük a „Biológiai Közleményekben” azoknak az általunk addig végzett vércsoportvizsgálatoknak az eredményeit (26), amik szerintünk reprezentatívnak voltak tekinthetők. Mivel a lapot orvosok általában nem olvassák, így ezek az eredmények nem válhattak közismertté.

A fent elmondottakból következik, hogy azokat a (többségükben általunk végzett) vércsoportvizsgálati eredményeinket közöljük csupán, amelyek véleményünk szerint Magyarország népessége átlagértékeinek elfogadhatók. (A mintákban az ország különböző területeiről származó, egymással rokonságban nem álló, különböző korú férfiakat és nőket vizsgáltak. A minták számszerűsége a legtöbb esetben megfelel a követelményeknek.) Nem vettük figyelembe azokat az eredményeket, amik kis lélekszámú populációra vonatkoztak, vagy amikben valamilyen szelekciós tényező forgott fenn, mint pl. bizonyos betegségek, családi kapcsolat, endogámia stb. Ennek következtében eredményeink felhasználhatók saját vizsgálatok eredményeivel való összehasonlítás (kontroll csoport) céljaira, ill. annak megállapítására, hogy a saját eredmények mennyiben térnek el az országos átlagértékektől.

Az itt közölt hazai vércsoportvizsgálati eredményekről általánosságban megállapítható, hogy ezek többségükben nem nagyon térnek el a közép-európai, ill. szomszédos népek megfelelő fenotípus- és géngyakorisági értékeitől.

Az eredményeket 3 táblázatba összeállítva közöljük. A táblázatokban feltüntettük a vizsgálatok irodalmi jegyzékszámát, a vizsgált egyedek számát, a fenotípusok (egyes esetekben a genotípusok) előfordulását százalékban, és a génfrekvencia értékeit.

Összefoglalás. Szerzők közlik az alábbi vércsoportrendszerek Magyarország népességére reprezentatívnak tekinthető allotípus, genotípus és génfrekvencia értékeit: A₁A₂B₀, MN/Ss, Rh(C, C^w, c, D, E, e), K/k, Duffy, immunglobulinok, haptoglobulin (Hp), group-specific component (Gc), transfer-

rin (Tf), alkalikus phosphatase, vörösvérsejt savanyú-phosphatase (VSP), glutamat-pyruvat-transzaminase (GPT), phospho-glucomutase (PGM₁), adenosin-desaminase (ADA), adenylat-kinase (AK).

IRODALOM: 1. Alekszejev, V. P.: Az emberi rasszok földrajza. Gondolat, Budapest, 1977. — 2. Backhausz R., Nemeskéri J.: Z. Morph. Anthropol. 1960, 51, 103. — 3. Backhausz R., Nemeskéri J.: J. génét. hum. 1955, 4, 219. — 4. Boyd, W. C., Lyl, G. Boyd: Am. J. Phys. Anthropol. 1954, 12, 393. — 5. Fraser-Roberts, J. A.: Bevezetés az orvosi genetikába. Medicina, Budapest, 1968. — 6. Fraser-Roberts, J. A.: Advancement of Science. V. No. 20. Jan. 1949. Publ. Brit. Ass., Burlington House, London W. 1. — 7. Guth P., Budvári R.: Haematologia. 1967, 1, 307. — 8. Hartmann É., Rex-Kiss B.: Kísér. Orvostud. 1970, 22, 584. — 9. Hirschfeld, L. és H.: L'Anthropologie. 1918, 29, 505. — 10. Hirschfeld, L. és H.: Lancet. 1919, 18, 675. — 11. Horváth E., Simon Á.: Transfusio. 1969, 3, 42. — 12. Manuila, Al.: Am. J. Phys. Anthropol. 1956, 14, 577. — 13. Maurant, A. E.: Advancement of Science. V. No. 20. Jan. 1949. Publ. Brit. Ass., Burlington House, London W. 1. — 14. Maurant, A. E. és mtsai: Distribution of the human blood groups. Blackwell Sci. Publ. Oxford, 1958. — 15. Maurant, A. E. és mtsai: Distribution of AB0 blood groups and other polymorphisms. Oxford Univ. Press, London—New York—Toronto, 1976. — 16. Nemeskéri J., Walter, H.: Demográfia. 1966, 9, 336. — 17. Perlick, E. és mtsai: Fortschritte der Haemato-

logie, Bd. 4. Blutgruppen. Joh. Ambrosius Barth, Leipzig, 1977. — 18. Rex-Kiss B., Szabó L.: Humangenetik. 1971, 13, 78. — 19. Rex-Kiss B., Szabó L.: Acta biol. Acad. Sci. Hung. 1972, 23, 123. — 20. Rex-Kiss B.: Z. Rechtsmedizin. 1970, 67, 319. — 21. Rex-Kiss B.: Morph. és Ig. Orv. Szemle. 1967, 7, 214. — 22. Rex-Kiss B., Fésűs L.: Humangenetik. 1970, 10, 351. — 23. Rex-Kiss B., Fésűs L.: Kísér. Orvostud. 1970, 22, 460. — 24. Rex-Kiss B., Hartmann É.: Zschr. Immun-Forsch. 1970, 140, 268. — 25. Rex-Kiss B., Horváth E.: Zschr. Immun-Forsch. 1971, 141, 449. — 26. Rex-Kiss B., Horváth E.: Biol. Közlem. 1970, 18, 99. — 27. Rex-Kiss B., Szabó L.: Orv. Hetil. 1968, 109, 121. — 28. Rex-Kiss B., Szabó L.: Z. Rechtsmedizin. 1971, 69, 79. — 30. Rex-Kiss B., Szabó L.: Z. Morph. Anthropol. 1972, 64, 71. — 31. Rex-Kiss B., Szabó R.: Demográfia. 1978, 21, 109. — 32. Rubaskin, W.: A vércsoportok és az emberi szerológiai rasszok. (oroszul) Kijev, 1930. (Idézve: Steffan, P., 33). — 33. Steffan, P.: Handbuch der Blutgruppenkunde. J. F. Lehmann's Verlag, München, 1932. — 34. Szabó L., Somogyi E.: Orv. Hetil. 1976, 117, 1567. — 35. Szabó L. és mtsai: Morph. és Ig. Orv. Szemle. 1977, 17, 54. — 36. Szabó L. és mtsai: Morph. és Ig. Orv. Szemle. 1975, 15, 113. — 37. Szabó L., Somogyi E.: Orv. Hetil. 1977, 118, 191. — 38. Szabó L. és mtsai: Morph. és Ig. Orv. Szemle. 1978, 18, 49. — 39. Szabó L. és mtsai: még nem közölt adatok. (Személyes közlés). — 40. Verzár F.: Klin. Wschr. 1921, 1, 929. — 41. Walter, H.: Blut. 1968, 17, 166. — 42. Weszeczky O., Verzár F.: Biochem. Zschr. 1921, 126, 33.

Kórházak, rendelőintézetek gazdasági vezetői
illetve beszerzéssel foglalkozó szakemberei
figyelmébe ajánlják, hogy az



Bemutatótermében (Bp. IV., Népköztársaság útja 36.)

Orvosi műszer és készülék vásárt

rendezünk

1979. szeptember 11–19-ig naponta 9–16 óráig

Egyes cikkek kedvezményes áron kaphatók!

Raktárról azonnal szállítunk!

Korvin Ottó Kórház,
Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály
(főorvos: Kerekes Lajos dr.)

A magzati tüdő funkcionális érettségének megítélése a magzatvíz felületi feszültségének mérése alapján

Domokos Nándor dr. és Kerekes Lajos dr.

A koraszülöttek éretlen tüdejében a surfactant hiánya nehezíti a gázcserét, idiopathiás respirációs distress syndrome (IRDS) alakul ki, ez súlyosabb esetben halálhoz vezethet. A betegség megelőzésére lényeges a magzati tüdő funkcionális érettségének kórismézése. Így, fenyegető koraszülés esetén még az intrauterin életben törekedhetünk a tüdő érésének siettetésére, ha pedig a koraszülés elkerülhetetlen, akkor megfelelően felkészülve várjuk a koraszülöttet.

A 26. terhességi hetet követően a magzatvízben megjelenő surfactant mennyiség jellemzi a tüdő érettségét. Kimutatásának legelterjedtebb formája a magzatvíz lecithin-sphingomyelin tartalmának meghatározása kémiai módszerekkel (4).

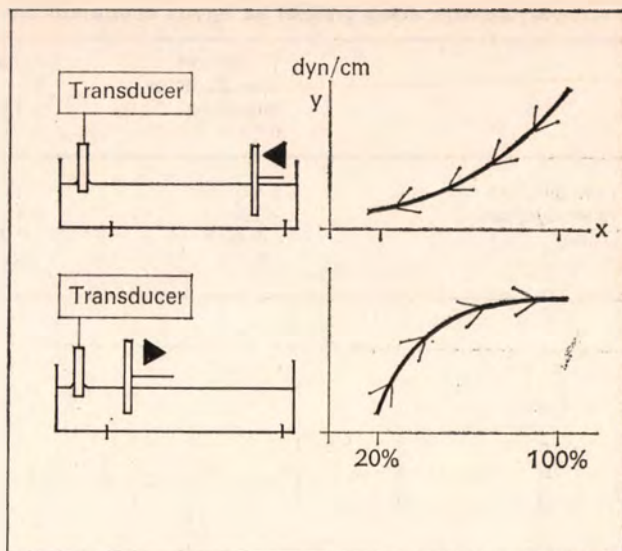
A felületaktív surfactant egy foszfolipid-protein komplex, amely befolyásolja a magzatvíz felületi feszültségét. Ezen felismerés alapján próbálkoztak fizikai meghatározásával. A Clements-féle rázópróba egyszerűsége ellenére, pontatlansága miatt nem váltotta be teljesen a hozzáfűzött reményeket (2).

Scarpelli volt az első, aki a felületi feszültség méréseiből próbált a tüdő érettségére következtetni (10).

Módszer

Méréseink alapja a Langmuir-mérleg elv volt. A lényege, hogy a folyadékfelület kompressziója során változik a felületi feszültsége. A felület összenyomása-kor a felszínre kerülő molekulák helyzeti energiája csökken, a felület növelésekor pedig növekszik. Ez az energia emeli fel, illetve süllyeszti le a folyadékba eresztett érzékelő lemezt. Az emelkedés és a süllyedés mértéke grafikusan ábrázolható (3).

A felületi feszültséget a Comesa-cég (Ausztria) Wilhelmy-mérlegével mértük (Biegler ATF-01).



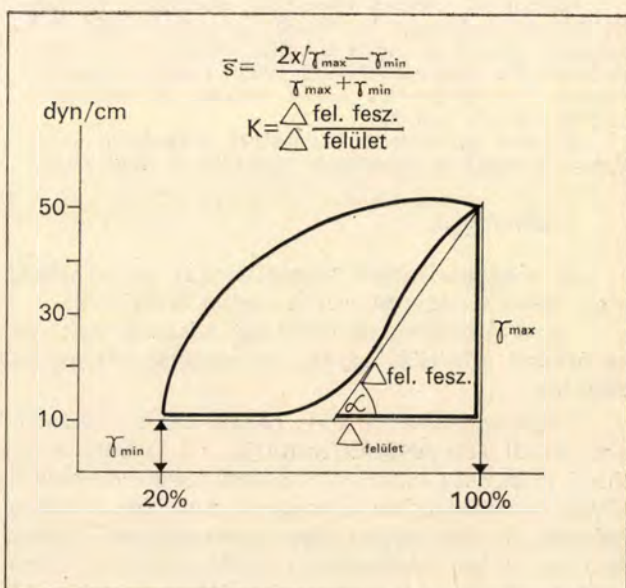
1. ábra: A Wilhelmy-mérleg működése. 100%-ról 20%-ra, majd újból 100%-ra történő felületváltozás és a felületi feszültség változását mutató grafikonok

A készülék teflon tartályába 12 ml magzatvizet töltöttünk. Ezt 30 percig nyugalomba hagytuk, hogy a molekulák felületre vándorlása és a felületi feszültség egyenletesen kialakuljon. Ezután 100%-os felület-nagyságról 20%-ra nyomtuk össze, majd a felületet ismét 100%-ra növeltük. Ezt 4 perces időtartammal 30 percig folyamatosan megismételtük. A felületi feszültség változását egy kb. 1,5 mm mélyen merülő platina mérő érzékelt és ezt egy írószerkezet görbe alakjában rögzítette. Az x tengelyen a kompresszió mértékét, az y tengelyen a felületi feszültség változását jelöltük (1. ábra). A kapott görbe alakja a magzatvíz hiszterézis jellemzőjét mutatja.

1. A legkisebb felületi feszültség a folyadék 20%-ra történő kompressziójánál olvasható le (γ_{\min} dyn/cm),

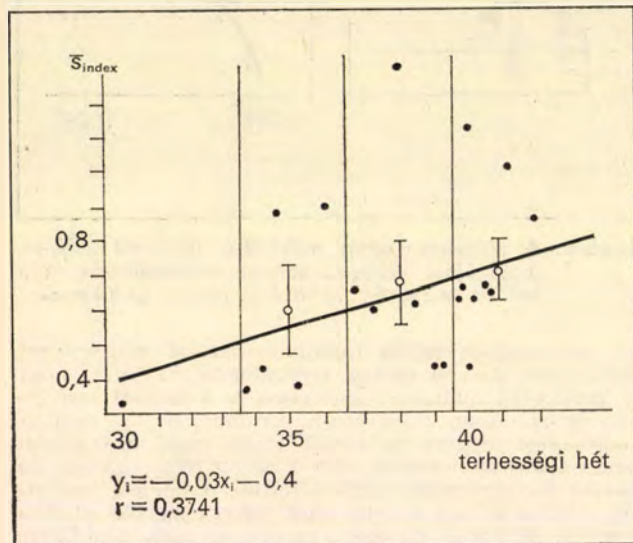
2. a legnagyobb felületi feszültség értékét 100%-os folyadék felszínnél mértük (γ_{\max} dyn/cm),

3. A két adatból kiszámítottuk a Clements által bevezetett stabilitási indexet $\bar{s} = \frac{2 \times (\gamma_{\max} - \gamma_{\min})}{\gamma_{\max} + \gamma_{\min}}$



2. ábra: A vizsgált paraméterek, a magzatvíz sématisz hiszterézis görbéjével

	1. csoport 30—33 hetes terhesség n=1	2. csoport 34—36 hetes terhesség n=5	3. csoport 37—39 hetes terhesség n=6	4. csoport 40—42 hetes terhesség n=9
γ m·n dyn/cm	27,5	22,5±3,15	18,25±2,86	17,28±1,7
γ max dyn/cm	42,5	43,7±2,54	39,5±2,66	40,5±1,83
\bar{s} index	0,428	0,7±0,12	0,77±0,13	0,82±0,08
tga	0,19	0,29±0,03	0,34±0,07	0,42±0,07



3. ábra: A magzatvíz felületi feszültségek változása a terhesség előrehaladtával

4. a surfactant komprimálható, ezt a tulajdonságát használtuk fel a tangens-konstans kiszámítására,

$$K = \frac{\text{felületifeszültség-változás dyn/cm}}{\text{felületváltozás cm}^2} = tga$$

Anyag

Huszonegy esetben végeztünk magzatvíz vizsgálatot, 30—42. terhességi hét között. A magzatvizet ultrahanggal történt placenta lokalizációt követően transzabdominalis amniocentézissel vagy a szülés megindításakor burokrepesztés során vettük. A magzatvíz-minták tiszták voltak.

A fenti paraméterek adataival statisztikai számítást — t testet és regressziós analízist — végeztünk.

Eredmények

A magzatvízminta vizsgálatokat a terhesség ideje szerint négy csoportba osztva értékeltük.

Az első csoportban csak egy adatunk volt, ezt az értéket közöljük ugyan, de számításainkból kihagyjuk.

Táblázatunk a vizsgált paraméterek csoporton belüli átlagértékeit mutatja. Jól látható a felületi feszültség csökkenése a terhesség előrehaladtával, összefüggésben a magzati tüdő funkcionális érésével. Ennek megfelelően emelkedik az \bar{s} index és a tga. A tga emelkedése a hisztérézis-terület alsó határának fokozódó konvexszé válását mutatja. Az átlagértékeket összehasonlítva a csoportok között az eltérés nem szignifikáns.

A 2. és 4. csoport γ min és tga értékei között a különbség nagyobb, de ez sem szignifikáns ($t_{(12)} = 1,6069$, $P > 0,1$ és $t_{(12)} = 1,3791$, $P > 0,1$).

A kapott értékekre regressziós egyenes fektethető. A γ max-ra számított egyenes enyhébb, a γ min-ra számított egyenes nagyobb meredekséggel csökken. A terhességi hetek és a felületi feszültség között negatív korreláció van (3. ábra). Az \bar{s} index (4. ábra), valamint a tga (5. ábra) értékekre szerkesztett egyenes viszont emelkedő, a terhességi hetekkel pozitív korrelációban van.

A γ min görbéhez tartozó korrelációs együttható szignifikáns, a tga és az \bar{s} indexhez tartozónál csak tendencia van a szignifikanciára. A γ max nem szignifikáns.

($t_{(19)} = 2,0636$, $P < 0,05$;

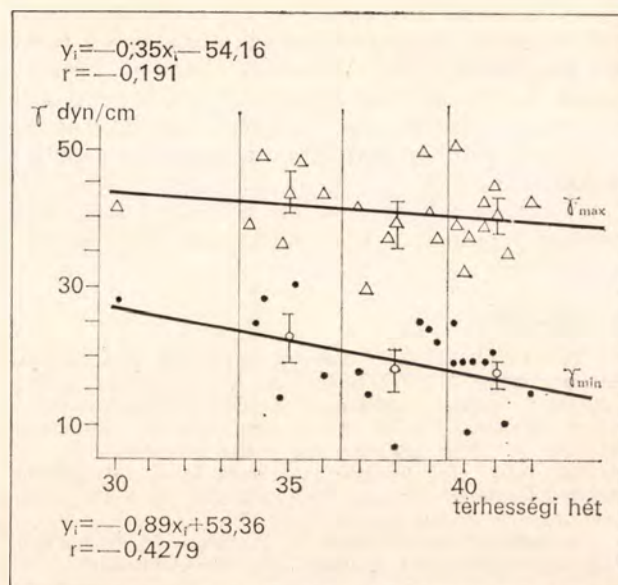
$t_{(19)} = 1,8972$, $P < 0,1$;

$t_{(19)} = 1,7583$, $P < 0,1$;

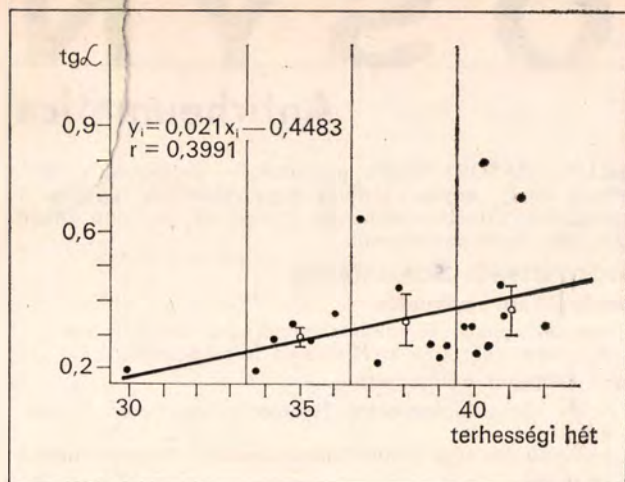
$t_{(19)} = 0,8481$, $P > 0,3$)

Megbeszélés

Vizsgálataink eredményeként más szerzőkhöz hasonlóan (1, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12) összefüggést találtunk a terhesség előrehaladása, a tüdő érettsége és a magzatvíz felületi feszültségének csökkenése között. A tüdő érettségének kórismézésére a leírt paraméterek közül a γ min és tga értéket találtuk legalkalmasabbnak. A két érték közül az egyik



4. ábra: Az \bar{s} index változása a terhesség előrehaladtával



5. ábra: A $\tan \alpha$ értékének változása a terhesség előrehaladtával

elég meredeken esik, a másik emelkedik a terhesség előrehaladtával és szórásuk a legkisebb. (A γ max görbéje alig esik és korrelációs együtthatója sem szignifikáns, ezért alkalmatlan a tüdő érettség pontos meghatározására. Az \bar{s} index bonyolult kiszámítása és nagy szórása miatt a mindennapos gyakorlatban nem használható.) Ismeretében biztonságosan megállapítható a tüdő érettsége.

Felkészülhetünk a koraszülések esetében az IRDS kialakulásának kivédésére, gondoskodhatunk a magzat optimális neonatológiai ellátásáról. Eddigi vizsgálataink alapján az új módszer gyorsasága, egyszerűsége és pontossága miatt a gyakorlat számára alkalmasabbnak látszik az eddig használt módszerekénél.

Összefoglalás. A szerzők a magzatvíz felületi feszültségének változását vizsgálták a terhesség előrehaladtával, illetve a tüdő érettségével összefüggésben. Negatív korrelációt találtak a felületi feszültség és a magzati tüdő érettsége között. A vizsgáló módszert alkalmasnak tartják a magzati tüdő érettségének a kórismézésére.

IRODALOM: 1. Baum, M. és mtsai: Z. Exp. Chir. 1971, 4, 359. — 2. Clements, J. A. és mtsai: N. Engl. J. Med. 1972, 286, 1077. — 3. Ernst, J.: Biofizika. Akadémiai, Budapest, 1974, 148. — 4. Gluck, L. és mtsai: Am. J. Obstet. Gynecol. 1971, 109, 440. — 5. Goldkrand, J. W., Varki, A., McClurg, J. E.: Am. J. Obstet. Gynecol. 1977, 128, 591. — 6. Krieglsteiner, P. és mtsai: Z. Geburtsh. Perinat. 1976, 180, 51. — 7. Lempert J. és mtsai: Wien. klin. Wschr. 1973, 85, 678. — 8. Müller-Tyl, E., Lempert, J.: J. Perinat. Med. 1975, 3, 47. — 9. Müller-Tyl, E., Lempert, J.: Am. J. Obstet. Gynecol. 1975, 122, 295. — 10. Scarpelli, E. M.: Pediatrics. 1967, 40, 951. — 11. Shelley, S. A., Takagi, L. R., Balis, J. U.: Am. J. Obstet. Gynecol. 1973, 116, 369. — 12. Tiwary, C. M., Goldkrand, J. W.: Obstet. Gynecol. 1976, 48, 191.

FENISTIL

gél

G 100

Antiallergica topica

**KÜLSŐLEGES
HASZNÁLATRA**



ÖSSZETÉTEL:

1 tubus (30 g): 30 mg dimetindenium maleinicum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK:

Bőrbetegségeket kísérő viszketés; urticaria; rovarcsípés; napégés; enyhe fokú égési sérülések.

ELLENJAVALLATOK:

Jelenleg nem ismeretesek.

ALKALMAZÁS:

Naponta 2–4 alkalommal a beteg bőrfelületet bekenjük. Igen erős pruritus v. nagyobb bőrlésiók esetében ajánlatos a Fenistil gél hatását per os kezeléssel kiegészíteni.

FIGYELMEZTETÉS:

A kezelt bőrfelületet nem szabad hosszabb ideig napfény hatásának kitenni. Nem alkalmazható egyszerre nagyobb – főleg gyulladásos – testfelületre. Ez különösen érvényes csecsemőkre és kisgyermekre.

MEGJEGYZÉS: ✖

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtethető.

CSOMAGOLÁS:

30 g-os tubus, térítési díja: 8,50 Ft.

Előállító: BIOGÁL Gyógyszergyár, Debrecen, ZYMA AG licencia alapján.



2125

NAPROSYN

tabletta

mV 200

Antirheumatica

ÖSSZETÉTEL: 1 tabl. 250 mg naproxent tartalmaz.

HATÁS: A Naprosyn tabletta gyulladásgátló, láz- és fájdalomcsillapító hatású, nem steroid jellegű készítmény. Gyulladásgátló hatása adrenalectomizált állatokon is jelentkezik, ami azt jelzi, hogy nem a hypophysis-mellékvese humoralis regulációs rendszeren keresztül, hanem közvetlenül hat. Gyulladásgátló hatásának pontos mechanizmusa – hasonlóan más gyulladásgátlókékhöz – nem ismert, de feltételezhető, hogy a prosztaglandin-szintetáz gátlásának nagy szerepe van a gyulladáscsökkentő hatás kialakulásában. A többi nem steroid gyulladásgátlóhoz viszonyítva kevésbé bizonyult ulcerogen hatásúnak. A cardiovascularis, valamint a központi és vegetatív idegrendszert nem, vagy csak minimális mértékben befolyásolja.

JAVALLATOK: Rheumatoid arthritis, egyéb krónikus ízületi gyulladások, spondylitis ankylopoetica (m. Bechterew), arthrosis különféle formái, spondylosis, spondylarthrosis, extraarticularis rheumatismus különböző formái (lumbago, egyéb myalgák, fibrositisek, neuralgiák, bursitisek, peri-arthritis humeroscapularis, epicondylitis humeri stb.).

ELLENJAVALLATOK: Gyomor- és nyombélfekély, továbbá kifejezett máj- és vesekárosodás esetén csak állandó orvosi ellenőrzés mellett adható.

Terhesség alatt nem rendelhető. 16 évesnél fiatalabb betegek ne szedjék a gyógyszert, mivel jelen pillanatig fiatalokorúakon és gyermekeken még nincs elég tapasztalat.

ADAGOLÁS: Kezdő és szokásos fenntartó adagja napi 2×250 mg (reggel és este étkezés után). Szükség esetén napi 3 tabletta is adható (750 mg össz-dózis) a fájdalmak napszakos jellege szerint: 2 tabletta reggel, 1 tabletta este, illetve 1 tabletta reggel és 2 tabletta este. Hosszan tartó kezelés alatt az adagolás napi 375–750 mg-os határon belül változtatható, a megfelelő adagokat ugyan-csak naponta kétszer kell beadni.

MELLÉKHATÁSOK: Ritkán gyomorfájás, gyomorégés, telítettségi érzés, enyhe szédülés vagy rosszullet, fejfájás, a gyomor-béltraktusban átmeneti jellegű vérzés. Igen ritkán bőrkütiítés, thrombocytopenia.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK

Kerülendő az együttadás

– magnéziumoxid és alumíniumhidroxid tartalmú antacidumokkal (gátolják a Naprosyn felszívódását);

Csak óvatosan adagolható

- orális anticoagulansokkal (anticoagulans hatás fokozódik);
- szulfanilurea típusú antidiabetikumokkal (hypoglykaemia veszélye);
- difenilhidantoinnal (ennek szérumszintjét toxikusig emelheti);
- szulfonamidokkal (ezek toxicitását fokozhatja).

FIGYELMEZTETÉS: Szalicilérzékeny egyéneknél urtikáriát, asztmás rohamot válthat ki.

Tartósabb alkalmazásakor a vérzési idő meghosszabbodását okozhatja.

Gyomor- vagy nyombélfekély esetén, vagy ha a betegen gyulladásgátló gyógyszerek szedése kapcsán már fellépett gyomor- vagy bélvérzés, alkalmazása állandó orvosi ellenőrzést igényel.

Orális anticoagulánsokkal együtt adva a prothrombin időt ellenőrizni kell!

Szulfanilurea típusú antidiabetikumokkal együtt adva az antidiabetikum adagját újra be kell állítani!

MEGJEGYZÉS: ✱ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtethető.

CSOMAGOLÁS: 30 db tabletta 22,- Ft.

FORGALOMBA HOZZA: Alkaloida Vegyészeti Gyár, Tiszavasvári, Syntex licencia alapján.

ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR, TISZAVASVÁRI



Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
II. Gyermekklinika
(igazgató: Schuler Dezső dr.)

Haemangioendotheliosarcomához társuló consumptiós coagulopathia

Goldschmidt Béla dr. és Hervei Sarolta dr.

A haemangioendothelioma (h.) a ritkán előforduló veleszületett daganatok közé tartozik. 1976-ig körülbelül 60 esetet közöltek (18). Hazánkban Balázs és mtsai (1), valamint Léb és Dénes (14) közöltek egy-egy esetet. A h. leggyakrabban a májban fordul elő, de az esetek egyharmadában a bőrben és egyéb szervekben is fellelhető (1). Nagy kiterjedésű tumor esetén thrombocytopenia társulhat hozzá. A haemangioendotheliosarcoma (hs.) a h. malignus formája. Legjobb tudomásunk szerint vérzékenységi tünetet nem írtak le ebben a körképben. Mi észleltünk egy beteget, akin hs.-hoz acutan fellépő consumptiós coagulopathia társult. Az esetet a hs. ritkasága és a korábban nem ismert súlyos véralvadási zavarral való kombinálódása miatt tartjuk közlésre érdemesnek.

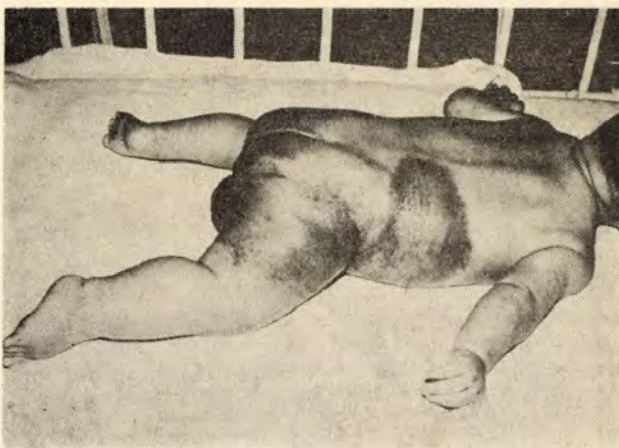
Esetismertetés

Z. P. fiú, zavartalan terhesség 31. hetében, 1600 g súllyal, szövődménymentesen született. Egyhetes korában észrevették, hogy a bal combon a bőr alatt, azzal össze nem kapaszkodó, diónyi terime van, mely növekedik. A gyermek hathetes korában került a Semmelweis OTE II. Gyermeklinikájára. A felvételkor feltűnő a bal comb felső harmadában, az inguinalis hajlat alatt elhelyezkedő tömött tapintatú, gyermektenyérynői duzzanat, mely felett a bőr lividen elszíneződött. A scrotum feszes, duzzadt, kemény tapintatú. A penis bőre duzzadt, tömött tapintatú, feszes, lividen vörös. A bal csípőízület mozgatasakor flexiós korlátozottság észlelhető, a beteg fájdalmat jelez. Fizikális vizsgálattal egyéb kóros eltérés nem figyelhető meg.

Vizsgálati leletek: a vvt.-süllyedés ismételt 12 mm/óra alatt volt. A haemoglobin 10,6 g/100 ml, a fehérvérszám 7400/μl, fiatla alak 4%, szegmentált magvú 16%, lymphocyták 80%. A vérlemezkesszám 190 000/μl. Serum összfehérje 5,3 g/100 ml, a fehérjefrakciók megoszlása normális. Serum electrolytok: Na 143 maeq/l, K 4,9 maeq/l, Cl 101 maeq/l. A vizelet normális. Serum vas 88 γ/100 ml, a serum vaskötő kapacitása 132 γ/100 ml. Mellkas rtg normális leletet mutat. Az alsó végtagok összehasonlító rtg-felvételén bal oldalon kifejezett lágyrészduzzanat látható, a cson-

tokon eltérés nincs. Haemoculturában baktérium ismételt vizsgálatkor sem tenyésztett.

Kórlefolyás: a gyermek általános állapota jó. Láz-talan, étvágya jó, testsúlya emelkedik. Bár a laboratóriumi vizsgálatok bizonyos fokig ellene szólnak, a bőrgyógyász, sebész és érsebész konzíliumok alapján az elváltozást valamilyen lympho-keringési zavarhoz társuló gyulladásos folyamatnak tartjuk, ezért váltott antibiotikus kezelést végzünk, melynek során a gyermek Methicillint, Ampicillint, Keflint, Binotalt, Erythrant és Tetraoleant kap heteken át. Mivel javulást nem észlelünk, nem vetjük el teljesen a haemangioma lehetőségét sem. A tumor nagysága változik: időnként feszesebbé, keményebbé, nagyobbá válik, máskor puhább, kisebb lesz. Bentfekvése 10. hetében (1976. VII. 18-án) a gyermek állapota hirtelen rosszabbodik. A bal glutealis tájon, a hason a köldök magasságáig a bőr lividen elszíneződik, hatalmas suffusio alakul ki (1. ábra). Testszerte petechiák jelennek meg. A véralvadási vizsgálatok acut disseminált intravascularis coagulációra és fibrinolysis fokozódásra jellemző eltérést mutatnak (táblázat). Az anaemia fokozódik: a haemoglobin 7,4 g/100 ml, a haematokrit 22% értékre esik. Tekintettel a bevérzett terület rendkívüli kiterjedésére heparin kezelést nem kezdünk. A vérlemezek gátlása céljából acetylsalicilsavat adunk, napi 0,25 g adagban. A beteg emellett napi 10 mg Prednisonolt kap. Mivel anaemiája egyre fokozódik, teljes vért transfundálunk. Átmeneti javulás után a kezelés 7. napján a vérlemezkesszám és az alvadási faktorok szintje ismét csökken, ezért substitúciós kezelésre szánjuk el magunkat: thrombocytasuspensiót és cryoprecipitatumot adunk. Ezután a beteg állapota néhány nap alatt lényegesen javul: a vérzés tovaterjedése megszűnik, a vérlemezkesszám emelkedik és a véralvadási értékek normalizá-



1. ábra: Z. P. haemangioendotheliosarcomás gyermek consumptiós coagulopathia következtében fellépő óriás haematomája

lódnak. A betegség akut szakának lefolyása és a kezelés vitele a 2. ábrán látható. Az akut DIC lezajlása után egy héttel a tumorszövetből próba-excisio történt. A szövettani vizsgálat eredménye: haemangioendotheliosarcoma. Ezt követően az Országos Onkológiai Intézetben két sorozatban összesen 1900 rad (f. 100–150/die) telecobalt besugárzásban részesült, melynek hatására a tumor regressziót mutatott, majd teljesen eltűnt. Másfél éves korban a gyermek egészséges, jól fejlődik, az ismételt kontroll vizsgálatoknál kóros eltérést nem észleltünk (a haematológiai vizsgálat eredményei a táblázatban láthatók).

Véralvadási metodikák

A partialis thromboplastin időt (PTI), a prothrombin aktivitását, a thrombin időt, a II. faktor, V. faktor és X. faktor aktivitást a Boehringer-cég tesztjeinek segítségével határoztuk meg. A fibrinogen koncentrációt gravimetriás módszerrel, a spontán plasmaplyst *Marbet* (15) szerint, az euglobulin lysis időt *Kaulla és Schultz* (11) szerint, a fibrin(ogen) degradációs termékek (FDP) koncentrációját haemagglutinatio gátlásos immunoassay módszerrel *Merskey és mtsai* (16) szerint Wellcome FDP kit segítségével, az ethanol gelatins tesztet *Breen és Tullis* (3) szerint vizsgáltuk. A VIII. faktor aktivitását *Langdell és mtsai* (13) szerint határoztuk meg. A vérlemezkesszámot *Feissly és Lüdin* (5) direkt módszerével, fáziskontraszt mikroszkóp segítségével, az alvadék-retrakciót *Benthaus* (2) szerint, a vérlemezkék in vitro adhaesivitását *Hellem* (7) módszerével vizsgáltuk.

Megbeszélés

Éreredetű daganatok a csecsemőkorban meg lehetőségen gyakran megfigyelhetők. Legtöbbször haemangioma cavernosumról van szó, mely diagnosztikus és therapiás problémát csak ritkán okoz, leginkább akkor, ha nem a kültakarón, hanem belső szervben fordul elő (12). Jóval ritkább tumor a haemangioendothelioma, melyről egy eset kapcsán *Balázs és mtsai* (1) írtak összefoglaló munkát. Haemangioendotheliosarcomáról a hazai irodalomban nem találtunk közlést.

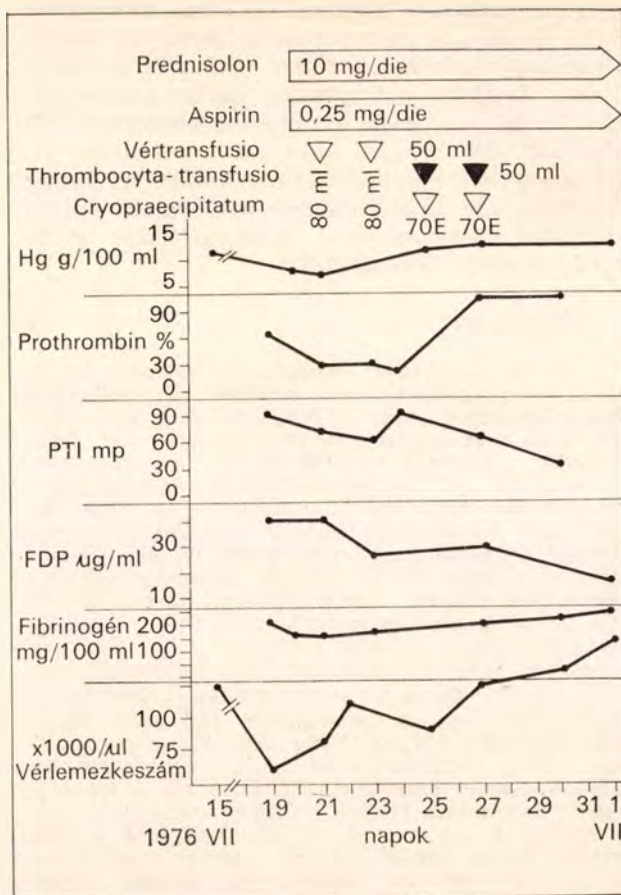
Az éreredetű daganatokhoz társuló véralvadási zavarról először 1940-ben *Kasabach és Merritt* számoltak be. A róluk elnevezett syndromában az óriás-haemangioma cavernosus értágulataiban lassú, chronicus intravascularis coagulatio és fibrinolysis zajlik. A vérlemezek és véralvadási faktorok fokozott felhasználódása általános vérzékenységi állapot kialakulásához vezet (8, 21).

Esetünkben a haemangioendotheliosarcomához társuló, acutan fellépő súlyos vérzés a klinikai és laboratóriumi leletek alapján disseminált intravascularis coagulatió (DIC) felelt meg. Az alvadási zavart súlyosbította a DIC-hez csatlakozó fibrinolysis-fokozódás.

Haemangioendotheliosarcomában több olyan tényező van, mely analógiába hozva a Kasabach–Merritt-syndromával, intravascularis coagulatio és fibrinolysis kialakulásához vezethet. A tumor értágulataiban a vér áramlása lassú. A pangás következtében lokális hypoxia alakul ki, mely a haemostasist több ponton befolyásolja. Első helyen kell megemlíteni az endothel károsodást. Kezdetben vacuolizáció, majd sejtd degeneráció, súlyosabb esetben az endothel focalis necrosis a következmény. A sérült endothel sejtekből felszabadulnak

azok a thromboplasticus anyagok, melyek immunológiai módszerrel az ép sejtek plasma-membránján kimutathatók, de a vér-plasma számára nem hozzáférhetők (22). Enyhébb fokú hypoxia hatására az endothelialis réteg permeabilitásfokozódása következtében subendothelialis ödémaképződés lép fel (9). Sejtkárosodáskor vagy subendothelialis ödéma esetén szabadabbá válik a subendothelialis kötőszövet. A collagen, de kisebb mértékben az elastin is képes a XII. faktort aktiválni (17), mely az intrinsic alvadási rendszer további aktiválódásához vezet. A stasis és hypoxia thrombogen hatása mellett jól ismert a fibrinolyticus rendszerre kifejtett hatása is. A vér oxygen-koncentrációjának csökkenésével a fibrinolysis fokozódása jön létre (4). Stasisban nagymértékben fokozza a thrombosis-hajlamot a helyileg aktívra vált procoagulansok koncentrációjának lokális emelkedése, mivel az elszállítás sebessége a clearing funkciót betöltő RES sejtekhez nem megfelelő (19). A pangáson kívül a hs.-ban fellépő thrombosis-hajlamot fokozhatja a vérrel telt cavernosus üregeket bélelő újdonszerű, fiatal endothel nem megfelelő védelme az intrinsic alvadási rendszer kontakt aktiválódásával szemben. Kísérletes adatok arra utalnak ugyanis, hogy az ún. neointima felületén a thrombusképződés lehetősége fokozott (20).

Az intravascularis coagulatio következtében fellépő consumptiós coagulopathia therapiájában



2. ábra: A haemangioendotheliosarcomához csatlakozó akut consumptiós coagulopathia lefolyásának főbb klinikai adatai és kezelése

Véralvadási vizsgálatok

Vizsgálat	1976. VII. 19		1977. VIII. 25	Normál értékek	
	21			csecsemő	gyermek
Partialis thromboplastin idő, mp	90	70	42	*	30–50
Prothrombin komplex, %	60	30	95	50–100	60–120
Thrombin idő, mp	28	26	17	14–20	14–20
Fibrinogen, mg/100 ml	200	160	320	150–350	200–400
II. faktor, %	40	*	100	50–90	70–120
V. faktor, %	40	*	110	80–110	65–120
VIII. faktor, %	30	*	75	80–110	65–120
X. faktor, %	60	*	90	30–100	65–120
Fibrinolytic, spontán	2*	1*	neg.	neg.—1*	neg.
Euglobulin lysis idő, p.	80	100	180	120	120
FDP, g/ml	40	40	4	10	10
Ethanol gelatinos teszt	pos.	pos.	neg.	neg.	neg.
Vérlemezkeszám, $\times 10^3/\mu$	60	80	210	150–400	200–400
Alvadék retrakció, %	25	25	54	30–60	30–60
Vérlemezke-adhaesio, in vitro, %	60	10	30	*	20–50

* nincs adat

az alapbetegség kezelése mellett jelentős helyet foglal el a heparin. Esetünkben azonban nem alkalmaztunk anticoagulans kezelést, annak ellenére, hogy a vézést egyértelműen consumptiós eredetűnek ítéltük meg. E döntésben két tényező befolyásolt: egyrészt a haematoma rendkívül nagy kiterjedése, másrészt mivel a vérzés fellépése után a klinikai kép alapján a kórképet haemangioma-nak tartottuk és úgy gondoltuk, hogy a daganatban lezajló alvadékképződés az erek thrombotizációjával annak spontán regresszióját segítheti elő. Acetylsalicylsav adással az arteriális microthrombusok keletkezését kívántuk kivédeni. Cryoprecipitatum infúziójával a VIII. faktor hiányt pótoltuk, de elértük jelentős mennyiségű fibrinogen bevitelét is. A substitúciós terapia kedvező hatásának bizonyult, erről a külföldi irodalomban mások is beszámoltak (6).

A h. kezelésének konzervatív lehetősége a steroid, mely sok esetben gyorsan, de gyakran csak átmenetileg hatásos és a radiotherapia, mely az esetek többségében kielégítő eredményt ad, mivel a daganat végleges regresszióját eredményezi. Betegünk e kezelés mellett tünetmentessé vált, operatív beavatkozás nem vált szükségessé.

Összefoglalás. A szerzők négyhónapos fiúcsesemő esetét ismertetik, akinél a combban levő, súlyos keringési zavart okozó haemangioendothelio-

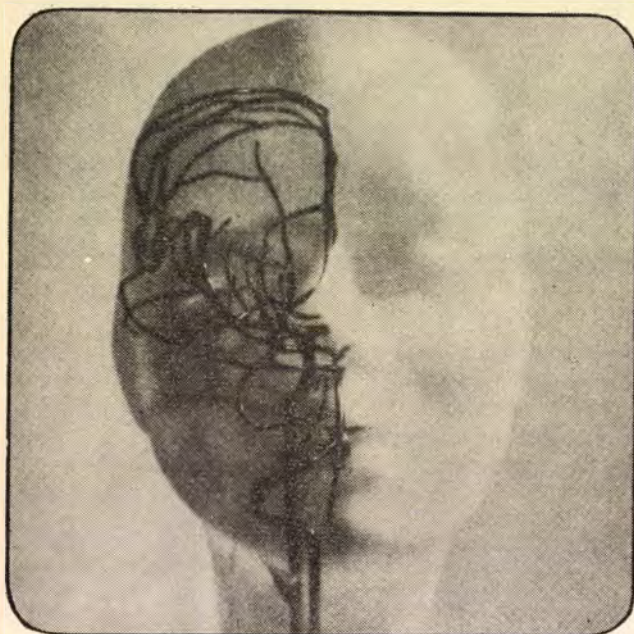
sarcomához hevenyen kialakuló consumptiós coagulopathia társult. Az életet veszélyeztető vérzészavaron acetylsalicylsav adással és substitúciós kezeléssel sikerült úrrá lenni. A daganat az alkalmazott prednisolon és radiotherapia hatására eltűnt, a beteg meggyógyult.

IRODALOM: 1. Balázs M. és mtsai: Orv. Hetil. 1977, 118, 2219. — 2. Benthous, J.: Thrombos. Diathes. haemorrh. 1959, 3, 311. — 3. Breen, F. A., Tullis, J. L.: Ann. Int. Med. 1968, 69, 1197. — 4. Clarke, R. L., Clifton, E. E.: Amer. J. Med. Sci. 1962, 244, 466. — 5. Feissly, R., Lüdin, H.: Rev. Hémat. 1949, 4, 481. — 6. Hattersley, P. G., Kunkel, M.: Transfusion. 1976, 16, 641. — 7. Hellem, A. J.: Scand. J. Clin. Lab. Investig. 1960. Suppl. 51. — 8. Henriksson, P. és mtsai: Acta Paediat. Scand. 1971, 60, 227. — 9. Hoff, H. F. és mtsai: Brit. J. Exp. Path. 1968, 49, 68. — 10. Kasabach, H. H., Merritt, K. K.: Am. J. Dis. Childh. 1940, 59, 1063. — 11. Kaulla, von, K. N., Schultz, R. J.: J. Clin. Path. 1958, 29, 104. — 12. Korányi Gy. és mtsai: Orv. Hetil. 1967, 108, 1653. — 13. Langdell, R. D. és mtsai: J. Lab. Clin. Med. 1953, 41, 637. — 14. Léb J., Dénes J.: Zeitschrift Kinderchir. 1974, 14, 210. — 15. Marbet, R.: Manuskript Hoffmann—La Roche, in Jürgens, J., Belter, F. K. (ed.), Klinische Methoden der Blutgerinnungsanalyse. Thieme, Stuttgart, 1956. — 16. Merskey, L. és mtsai: Blood. 1966, 28, 1. — 17. Nieviarowski, S. és mtsai: Proc. Soc. Exp. Biol. Med. 1966, 123, 196. — 18. Rocchini, A. P. és mtsai: Pediatrics. 1976, 57, 131. — 19. Spaet, T. H.: Blood. 1966, 28, 112. — 20. Spaet, T. H. és mtsai: Amer. Heart J. 1974, 87, 661. — 21. Wacksmann, S. J. és mtsai: Amer. J. Dis. Childh. 1966, 111, 71. — 22. Zeldis, S. M. és mtsai: Science. 1972, 175, 766.

SANDOMIGRAN[®]

draszé

migraine-prophylacticum



HATÁS

A Sandomigranra jellemző a biogénaminokra, különösen a serotoninra kifejtett polyvalens gátló hatás.

A rohamok frekvenciáját csökkenti, így alkalmas a migraine kúraszerű kezelésére.

A Sandomigran sajátossága a nyújtott hatás.

ÖSSZETÉTEL

Pizotifenum 0,5 mg (0,73 mg hidrogen-malát alakjában) draszténként.

JAVALLATOK

Migraine és migraine típusú fejfájások megelőzése: tipikus és atipikus migraine; vascularis eredetű fejfájások, Horton-syndroma kezelhetők a legelőnyösebben Sandomigrannal. Kevésbé eredményes a tenziós, psychogen, posttraumás fejfájások esetén.

Az akutan kialakult migraines rohamot nem befolyásolja.

ELLENJAVALLATOK

Tekintettel a parasympatholyticus hatás-komponensre: glaukóma; prostata hypertrophia; továbbá terhesség; MAO-bénítók egyidejű alkalmazása.

ADAGOLÁS

A napi adagot lépcsőzetesen célszerű emelni, az alábbi táblázat szerint:

	1-2	3-4	5... nap
REGGEL	–	–	1 draszé
DÉLBEN	–	1	1 draszé
ESTE	1	1	1 draszé

Az esetek többségében az 5. naptól napi 3×1 draszé adható. Makacs esetekben a napi adag lépcsőzetesen 3×2 , 3×3 draszéra emelhető.

MELLÉKHATÁSOK

A fenti adagolási tájékoztató betartása esetén csak ritkán lép fel enyhe sedatív hatás, mely többnyire 1-2 heti kezelés után megszűnik. Egyes esetekben testsúlynövekedés figyelhető meg, mely az étvágy fokozódásának eredménye.

FIGYELMEZTETÉS

A Sandomigran alkalmazása fokozott elővigyázatosságot igényel, ezért főleg járművezetők, magasban vagy veszélyes gépen dolgozók csak az orvos által – az egyéni érzékenységnek megfelelően – előírt adagban szedhetik. Alkalmazásának időtartama alatt tilos szeszes italt fogyasztani, nyugtatók szedése kerülendő.

CSOMAGOLÁS

30 db draszé

Térítési díj: 13,40 Ft

MEGJEGYZÉS

* Csak vényre adható ki, és az orvos rendelkezése szerint ismételhető (legfeljebb három alkalommal).

**ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR,
TISZAVASVÁRI**

SANDOZ A.G. – BASEL licencia alapján



BESZÁMOLÓK, JEGYZŐKÖNYVEK

Beszámoló a World Psychiatric Association Klinikai Pszichopatológiai Szekciójának „A depresszió pszichopatológiája” című szakértői értekezletéről (Helsinki, 1979. június 10–12.)

A World Psychiatric Association a WHO egyik hivatalos szervezete, a pszichiátria ma legbefolyásosabb és legáltalánosabb vezető testülete. Négyévenként pszichiátriai világkongresszust rendez, legutóbb 1977-ben Hawaiiban volt ilyen kongresszus, ez — mint jól ismert — bonyolult politikai viharokat kavart. A nagy kongresszusok azonban a szervezet munkájának csak felületét képezik, a tényleges munka a különböző tematikus szekciókban folyik. Az egyik legaktívabb szekció a „Section of Clinical Psychopathology”, amelynek elnöke a finn Kalle Achte, pl. két évente tart különböző aktuális kérdésekről szakértői értekezletet, amelynek anyaga azután kötetben is megjelenik.

A soron következő értekezlet ez a szekció most Finnországban, Helsinkiben tartotta. A téma a depresszió pszichopatológiája volt. Az angol nyelvű értekezleten a téma kb. 50 külföldi szakértője vett részt, kb. 40 finn meghívott mellett (akik a finn pszichiátria elitjét képviselték).

Igen nagy megtiszteltetés volt számomra, hogy ezen a szakértői értekezleten a szekció elnökének, Achtenak meghívása alapján részt vehettem. Mint a meghívás említette, az 1977-ben ugyancsak Helsinkiben tartott nemzetközi öngyilkosságmegelőzési és krízisintervenció kongresszuson való szereplésem alapján választottak ki, ez különös öröm volt, hiszen így bizonyos „visszajelentést” kaptam egy korábbi rendezvénytől, azon való részvétellel kapcsolatosan.

Az értekezlet Helsinkiben egyik szép épületében, a Hanasaari Svéd–Finn Kulturális Központban zajlott. Az épület lényegében Helsinkiben közgazgatási határain kívül, Espoo városában van, a Helsinkit körülvevő számtalan kis sziget egyikén. A Hanasaari-szigetet a Helsinkit Hankóval összekötő autópálya töltése sajátos félsziget formálta. A három szintes, két nagy szárnyból álló épület a modern finn építészeti remeke, a tájba harmónikusan illeszkedik, igazodik a szigetet alkotó hatalmas sziklákhoz és úgy alkot egészet a környező nyírfaligetekkel, bokros foltokkal, pázsitfelületekkel, hogy a szemlélő előbb a vad természetben hiszi magát, csak azután veszi észre, hogy a fák, bokrok, füves területek, kanyargós ösvények

kertmérnöki remekművek. Maga az épület is egy felületével nyitott a természet felé, a hatalmas üvegablakok azt az illúziót keltik, hogy közvetlenül a növények között van az ember.

Az értekezlet anyagi terheit a Ciba-Geigy cég viselte, amelynek Finnországban komoly érdekeltségei vannak. A vendéglátás ennek megfelelően — egy nagy nemzetközi cég presztízséhez illően — mintaszerű volt. Zökkenőmentes, kellemes volt minden, az épület konferenciatermei tökéletesek voltak, a légkondicionált helyiségekben minden ülőhely előtt külön mikrofon volt, melynek segítségével a hangerőt és hangszínt illetően egyenrangúan kapcsolódott be mindenki a vitákba.

A nagy auditorium előadói asztala előtt 22 kis zászló jelezte a képviselt országok számát. Európai és észak-amerikai szakembereken kívül új-zélandi, brazil, izraeli és egyiptomi pszichiáter is volt jelen, ők különösen érdekes transzkulturális adatokkal gazdagították az értekezletet. A meghívottak között a depresszió és határterületei legismertebb képviselői szerepeltek. Az Egyesült Államokból D. Davis, T. L. Dorpat, E. L. Lasater, J. M. A. Weiss, Európából J. Angst, H. Häfner, P. Kielholz, H. Pohlmeier, W. Pöding, P. Pichot, M. Porot, a brit D. Leigt, M. Hamilton, és P. Sainsbury stb. voltak ott. A szocialista országokból négyen vettek részt, két szovjet küldött (Morozov, Moszkva, Saarma, Tartu) és az NDK-ból E. Lange drezdai professzor.

A Ciba-Geigy cég érdekeit egy Ludiomil szimpozium képviselte, ebben finn nyelvű előadások is elhangzottak, továbbá a cég szakemberei voltak a házigazdák, és e minőségükben mintaszerűek. Kedves színfoltja volt az értekezletnek, hogy a banketten a finn orvosok amatőrzenekara játszott (ez a „fehérvölgyesek” néven ismert zenekar nagyon népszerű Finnországban, tagjai állandóan cserélődnek, orvostanhallgatók és fiatal orvosok), és a nyitászám külön kompozíció volt „Ludiomil-valcer” címen.

A World Psychiatric Association képviselőtében az elnök, P. Pichot párizsi professzor vett részt, továbbá az osztrák P. Berger, a WPA főtitkára. A szakértői értekezlet elnöke Achte volt, aki a szekció vezetője is egyben. Az értekezlet délelőtti plenáris ülések voltak, majd a két délután három-három tematikus munkacsoportban (workshopban) tartottak előadásokat, vitákat. Bármilyen ki-

csi volt tehát — a kongresszusokhoz viszonyítva — az értekezlet résztvevőszáma, sajnos mindenütt nem lehetett mindenki jelen, délutánonként három alternatív program közül lehetett választani. Amint kiderült, az egyes előadások szövegét nem sikerült a szervező bizottságoknak előre megkapnia, így a plenáris ülésekre kiemelt előadások sajnos nem mondhatók a legjobbaknak, és az egyes munkacsoportok öszetételének kialakításában is önkényes vagy alkalmoszerű szempontok lehettek uralkodók. Az egyik plenáris ülésen a depresszió genetikai és biológiai vetületeit, a másikon a depresszió pszichodinamikáját jelelték meg fő témának. A munkacsoportok a depresszió pszichopatológiájával általában foglalkoztak, volt közöttük olyan, amelynek súlypontja a depresszió biológiája, az öngyilkosság problémája vagy a depresszió modern nosológiája és osztályozása volt.

Az értekezleten lényegében minden szóba került, ami csak a depresszió modern irodalmában található. Legtöbbet talán mégis az került elő, amit a pszichiátriai gyakorlat különösen élesen felvet: a depresszió osztályozása, nomenklatúrája, nosológiája. Ismételtelen elmondták, mennyire nehéz a depresszió pontos határait megvonni, és ez mennyire nehezíti a kutatást (a gyakorlat számára ez kevésbé akadály), mennyire nem lehet meghatározni olyan közhasznú kategóriákat, mint az endogén és a reaktív depresszió, mennyire bizonytalan, hányféle depresszió is van egyáltalán (többen is beszámoltak különböző alfajta feltételezett létezéséről, amelyek külön aetiológiai, lefolyásbeli, prognosztikai és terápiás entitások lennének), és még az objektívnek tűnő skálák használata is mennyi hibalehetőséget rejt magában. A meghatározási bizonytalanságok az epidemiológiai és az összehasonlító vizsgálatokat teszik szinte lehetetlenné. Számos szerző megállapította, hogy a depresszió pszichiátriai szemléletében olyan nagyok az egymást követő rövid korszakok — 4–5 éves periódusok — felfogásbeli különbségei, hogy a körlapok, klinikai feljegyzések feldolgozása alig használható módszer. Csak azonos pszichiátriai szemléletben fogant és azonos módszerekkel készült összehasonlító kutatások fogadhatók el. A depresszió biokémiáját kutatók bevallották, hogy a diagnosztikai és nosológiai bizonytalanságok nagyon nehezítik a dolgukat. Ennek ellenére a depressziót a résztvevők többsége következetesen multifaktoriális kóreredetű betegségnek fogta fel, amelyben genetikai, biokémiai és pszichoszociális tényezők egyaránt szerepet játszanak. A meghatározási bizonytalanságokból érdekes módon soha sem lett éles vita, mintegy hallgatóságos illemszabály érvényesült, ezekről a kérdésekről

nem szabad sokat beszélgetni. A viták különben sem alakultak ki eléggé, a kritikai észrevételek sajnos itt magánbeszélgetésekben kerültek inkább elő és nem megfelelő helyükön, az előadások utáni diskusziókban.

Nagyjából egyetértés alakult ki azzal kapcsolatban, hogy az ún. szizoaffectív kórképek — a schizophrénia és a mániás-depresszív formakör kevert betegségei — sajátos problémakört képeznek, amelyek a sui generis depressziótól elkülönítendők. A kérdés főleg a genetikai és biológiai vizsgálatokkal kapcsolatosan volt aktuális. Kringlen norvég ikerkutató pl. az egyetűjű ikerk betegségek koncordanciáját a depresszió szempontjából viszonylag alacsonynak találta, azonban a schizoaffectív esetek hozzátételével, továbbá a depresszív hangulatra hajlamos vagy az időnként italt vagy gyógyszereket fogyasztó ikerpárok figyelembevételével magasra tette a becslést koncordancia százalékarányát. Ez a biológiai vizsgálatokban is problémákat okozott. A biokémiai vizsgálatokban az előzetesen szedett gyógyszerek zavaró hatását tartották nehezen kiküszöbölhetőnek. A bizonytalanságokat számos előadás illusztrálta, Perris svéd munkacsoportja a depresszióval kapcsolatosan elkülöníthető és metrizálható faktorok keresztkorrelációinak kiszámításával, faktorelemzéses vizsgálatával arra a következtetésre jutott, hogy a jelenlegi klinikai vizsgálódási eljárások a jelenségek olyan különböző szintjeit ragadják meg, amelyek egymással nem összemérhetők. A diagnózis más szinten van, mint a szindrómátológiai megközelítés, amelynél még egyszerűbb és elemibb megközelítési szint a tünet-klaszterek, faktorcsoporthok keresése, vagy a tünetek és klinikai jelek egyszerű leírása, és ennél még alapvetőbb, általánosabb a viselkedés jellemzőinek keresése. A személyiségszinttől a neurofiziológiai és biokémiai szinteken át a genetikailag terjedő ontológiai szintek felelnek meg ezeknek. A különböző szintek összefüggései egymással nem szervesek, a kutatást inkább zavarják, mint segítik, ha ezeket az összefüggéseket korrelációként próbálják számolni.

Ezt mintegy illusztrálta az amerikai Whybrow előadott vizsgálata, amelyben a pajzsmirigyhormonok szerepét kutatta a depresszióban, különös tekintettel a hypothyreoidizmus depressziószerű klinikai megjelenésére. Az experimentális és klinikai (pl. terápiás kísérleti) adatok sokasága csak bonyolítja a képet, a tisztázásban nem segít. Ugyancsak illusztrációnak vehető a svájci Scharfetter és Angst tanulmánya, amely a német nyelvű pszichiáterek tömörítő Arbeitsgruppe für Dokumentation in der Psychiatrie adatai alapján 1300 depressziós esetet dolgozott fel a tüneti kép szempontjából. A diag-

nosztikai kategóriák bizonytalanságai (pl. nagyarányú fedései) miatt a nagyszabású felmérésből viszonylag kevés érdemleges jött ki.

Igen érdekes volt az angol Paykel vizsgálata, amelyben a neurótikus depresszió négy altípusát különítette el (gátolt, szorongó, agított, ellenséges), amely szerinte különböző prognózisú, mert a kezelésekre különbözőképpen reagál. Adataiból főleg az ragadott meg, hogy a vizsgált beteganyagban a pszichotikus esetek és a neurótikusnak minősített depressziós esetek meghatározásában az egyes szakértők között milyen óriási különbségek voltak (egy szakértő az összes eset 7,1%-át tartotta pszichotikusnak, míg egy másik 90,5%-át).

Több előadás foglalkozott azzal, változott-e korunkban a depresszió klinikai képe. Kielholz és mások az ismert és már sokszor leírt tézist hangoztatták: napjainkban sok a larvált depresszió, amely szomatikus vagy hypochondriás tünetekben jelentkezik. Ezt többen vitatták. Abban azonban egyetértettek, hogy a téveszmék gyakorisága nő, az öngyilkossági ideációk és események gyakorisága viszont csökkenő tendenciát mutat.

Nagyon érdekesek voltak a depresszió és az öngyilkosság kapcsolatát elemző előadások. Dorpat fenomenológiai elemzése azt mutatta ki, hogy a depresszív „affektus” általános emberi jelenség, ennek elfojtása, feldolgozatlanlaga jelentkezik depresszív kórképben, és az affektushoz magához másodlagosan csatlakozik csak a bűntudat, és abból fakad az öngyilkossági késztetés. Pohlmeier és mások is ezt hangsúlyozták, és a transzkulturális adatokból is azt tűnt ki, hogy vannak kultúrák, amelyekben a depresszió nem ritka, azonban öngyilkossági ideák csak nagyon ritkán fordulnak elő. Ha a bűntudat, a bűnösség gondolata hányzik — és ez tűnik kulturális terméknek —, akkor az indítékszegénység, gátoltság stb. nem társul mikromániás téveszeszmékkel, önpusztítási gondolatokkal. Okasha egyiptomi adatai húzták ezt alá, továbbá újabb indonéz epidemiológiai adatok, amelyekre különösen sokan hivatkoztak. Pohlmeier az öngyilkosság jelenségtana felől közelítve bizonyította, hogy az öngyilkosság nem magyarázható a depresszióval. Ő a „normális”, úgynevezett „élet-egyenleg”-öngyilkosságot is lehetőségek tartotta, és ezt Jean Améry életének esettanulmányozásával igyekezett bizonyítani. A résztvevők többsége egyetértett Pohlmeier felfogásával, bár egy kisebb csoport az amerikai James Weiss-szel az élen azt állította, hogy az öngyilkosok és az öngyilkossági kísérleteket tevők többsége depressziós beteg. Ismét nyilvánvalóvá vált, hogy a vitát a depresszió fogalmának, kiterjesztésének különbségei szítják, de megoldás az ön-

gyilkossággal kapcsolatosan sem született erre az ellentmondásra, bizonytalanságra. Salisbury elegáns előadása és Weiss tanulmánya is főleg azzal érvelt, hogy a pszichiátriai betegek öngyilkossága sokszorosa a velük összemérhető átlagnak, a betegségnek tehát közvetlen szerepének kell lennie az öngyilkosságban. Mindketten követéses vizsgálatokkal is igyekeztek kimutatni ezt.

Nagyon érdekes volt az a munkacsoport, amelyben — az öngyilkosság témakörében — a négy skandináv ország szakembereinek együttes összehasonlító öngyilkossághozjáról volt szó. A norvég Retterstøl, a nemzetközi munkacsoport vezetője számolt be a tervekről. Ezek főleg arra épülnek, hogy Norvégiában az öngyilkosság gyakorisága rendkívül alacsony, míg Dániában magas. A jelenség egyelőre megmagyarázhatatlan. A kutatási terv különböző faktorok korrelatív összefüggéseit veszi célba az öngyilkossággal. Ezt a megközelítést különböző hivatalos regiszterek (melyek a skandináv országokban régóta és következetesen készülnek — pl. ikerregiszterek, pszichiátriai morbiditási statisztikák, krónikus betegségek nyilvántartása stb.) könnyítik meg. A hosszú időre tervezett vizsgálat — melyben minden országban két függetlenített pszichiáter-kutató vesz részt a szakemberek helyi csoportjának irányítása mellett —, lényegében alkalmas arra, hogy öngyilkosságban és öngyilkossági kísérletben eddig feltételezett minden oki tényező felülvizsgálatára. A baj csak az (ezt dán szakemberek személyes beszélgetésben mondták el), hogy az öngyilkosok abszolút száma olyan kicsi, hogy több éves adatgyűjtés sem engedi meg a kiterjedtebb statisztikai bontásokat. Ahogy ezt nemzetközi rendezvényeken gyakran hallani, most is mondták, hogy bezzeg Magyarországon lehetne jó követéses vizsgálatokat végezni. Most sem reflektáltam erre, hiszen nyilvánvaló, hogy lehetne vizsgálni a kérdést ha...ha lenne rá anyagi fedezet, lenne kutatási infrastruktúra, lenne együttműködési készség a szakemberek között stb. tehát egy sor olyan körülmény, amely most Skandináviában szerencsésen együtt van.

A konferencián sok más érdekes gondolat és adat is felszínre került, tudományelméleti fejtegetésektől kezdve pszichodinamikai szempontokig mindenféle nézőpont hangot kapott. Egy — egyébként nem képviselt — nézőpontot reprezentált az én előadásom is, amelynek címe „Megfigyelések a depresszió családi dinamikájáról” volt.

Bármennyire is érdekes és összetűző volt ez a rendezvény, nem lehet elhallgatni a hiányosságait sem. Nagy kár volt, hogy az előadásokat nem kérték be előre (pontosabban: nem követelték meg beküldésüket. Ha az előadásokba

előre bele lehetett volna tekinteni, a munkacsoportok kiválasztása nem múlt volna ennyire a véletlen, mint most, lehetett volna érték, tematikus érdekesség, szemléleti azonosság alapján választani a három workshop között. A legfőbb tanulság azonban az, hogy két nap nem elegendő ilyen rendezvényekre. A percre beosztott program szinte lehetetlenné tette az új ismeretségek kialakulását. Többünknek volt olyan érzésünk, hogy a fogalmi kategóriák bizonytalanságait alaposabban meg kellett volna tárgyalnia az értekezletnek.

Számomra az értekezlet nagy élmény volt. Nagyon hálás vagyok Kallé Achtnak és Veikko Aalbergnek (a szervezőtitkárnak) a meghívásért, és köszönettel tartozom munkahelyemnek és az Eü. Min. Nemzetközi Kapcsolatok Főosztálynak, hogy részvételemet engedélyezte.

Buda Béla dr.

Országos Neonatológiai Napok (Párizs, 1979. máj. 25—27-ig).

Minkowski prof. meghívására részt vettem Párizsban, az ezúttal IX-ik alkalommal megrendezett „Országos Neonatológiai Napokon”. Az összejövetelt Minkowski prof. vezetésével a Port-Royal kórház neonatológiai osztálya, annak biológiai kutató központja, valamint a francia neonatológiai társaság rendezte. Az összejövetelen kb. 300-an vettek részt, túlnyomórészt franciák, illetve francia nyelvterületről származók. Naponta 5—6 összefoglaló referátum hangzott el — melyek mindegyikét 30—40 perces megbeszélés követte.

Az első nap legrészletesebben megvitatott témája a toxoplazmosis volt, a toxoplazmosis serológiai vizsgálatának közismert leírója, Desmonts tartotta a referátumot. Franciaországban a házasság előtti kötelező vizsgálathoz tartozik a toxoplazma elleni immunizáltság vizsgálata is. Ezáltal lehetséges a nem immunisok, tehát veszélyeztetettek kiszűrése és terhesség alatti fertőződésük esetén kezelésük, valamint a nagy anyag tanulmányozása alapján a helyes prognózis felállítása is. Desmonts 321 terhességet kísért végig, melyben toxoplazma fertőződés történt. A placenta fertőződése kezeletlen esetekben 25%-ban fordul elő, ha az anya az első trimeszterben fertőződött, a harmadik trimeszterben 65%-ban. A frissen fertőződött anyák Spiramycin kezelése esetén ezek a számok 20—40%-kal alacsonyabbak. A magzati megbetegedés súlyossága a fertőződés időpontjának a függvénye — minél később következik be a fertőződés, annál enyhébb a klinikai kép és az esetek túlnyomó többségében tünetmentes a fertőzött újszülött. Da a latens infectio-

val született újszülöttekben évek múlva is kialakulhatnak klinikai manifestációk, elsősorban chorioretinitis. Saját megfigyelése szerint, 8 tünetmentesen született, nem kezelt gyermek közül, 8 éves korban 5 vak volt. Ismertetett egy amerikai statisztikát, mely szerint 47 tünetmentesen született, fertőzött gyermek közül 20-ban az iskolás korig chorioretinitis alakult ki. A fertőzött újszülöttek Pirimethamin és Sulfonamin kezelését ajánlotta, Spiramycinnel váltakozva. Ezen előadás vitájának a végén bemutattam a II. Gyermekklinikán észlelt esetünket, mely az első közlés agyi pseudotumort okozó congenitalis toxoplazmosisról.

A második nap délelőtti teljes egészében a pszichológusoké, psychoanalytikusé volt. A Port-Royal pszichológusa, Mme Lévine beszámolt megfigyeléseiről, az anya—gyermek kapcsolat kialakulásáról a szoptatás, ill. mesterséges táplálás közben. Képeken mutatta be, hogy az első napokban a szoptatás módja, ahogyan az anya gyermekét magához emeli, már sokat elárul későbbi kapcsolatuk harmonikus voltáról. 2 előadás foglalkozott a problémákkal, melyek az anya—gyermek kapcsolat harmonikus kialakulásában jelentkezhetnek koraszülés vagy az újszülött intenzív osztályon való elhelyezése esetén. Javaslatok hangzottak el arra vonatkozólag, hogy a szülészeti osztályon való tartózkodást fel kellene használni az anya egészségügyi oktatására, esetleges családi, életviteli nehézségeinek megbeszélésére. A második nap délutánja a társszakmáké, a sebészeté és a cardiologiaé volt. Igen nagy érdeklődés kísérte a San Francisco-i egyetemről meghívott Rudolf professzor előadását a ductus arteriosus gyógyszeres kezeléséről. Részletesen ismertetve tapasztalatait a 10 napos kor alatti koraszülöttek ductus arteriosusának zárására adott Indomethacin kezeléssel kapcsolatban. Beszámolt a prostaglandin adással szerzett tapasztalatokról, a ductus arteriosus nyitvartartása céljából. Az Indomethacin átmege a placéntán — és a foetus ductus arteriosusában, valamint a pulmonalis erekben nyomásemelkedést hoz létre, ez az erek mediájának a megvastagodásához vezet, ennek következtében a megszületés után a kisvérköri nyomás nem tud lecsúszni. Szerinte ez a mechanizmus az Indomethacinnal kezelt terhések újszülöttjeiben két ízben megfigyelt, halálhoz vezető persisztáló foetalis keringésnek.

A Tours-i szülészeti klinikán készült echotomographiás film bemutatása igen élénk érdeklődést váltott ki. 8 hetes embryo szív működését, 20 hetes embryo penisét, scrotumát demonstrálták. Elmondták, hogy a módszerrel 10 hetes molarterhességet fel lehet ismerni, omphalocélt, spina bifidát, súlyosabb vese fejlődési rendellenessé-

geket. A vita során elmondták, hogy a nem meghatározása még nem olyan biztonságos, hogy nemhez kötött örökklődő betegség esetén interruptió indikáláshoz használhatnánk. Szó volt arról, hogy helyes lenne minden terhességben rutinszerűen legalább 2 alkalommal echotomographiás vizsgálatot végezni, elsősorban az ikerterhességek korai megállapítására. Minkowski prof. szerint Franciaország 15%-os perinatalis halálozásának jelentős része a későn megállapított ikerterhességből adódik. Szerinte helyes lenne az intenzív osztályokat is felszerelni a készülékkel, intracranialis vérzések, hydrocephalus, vese anomáliák megállapítására.

Végezetül megemlítem a vitát, melynek során a Port-Royal Kórház orvosai beszámoltak az újszülött osztályon 2 hónap óta dülő enterocolitis necroticans járványáról. Eddig 32 megbetegedés volt, 1 halálesettel. Elmondták, hogy 6 év óta robbanásszerűen emelkedett az intenzív osztályra kerülő újszülöttek között a fertőzöttek száma. Megelőzés céljából felmerült a terhesek vizelet és hüvely bakteriológiai vizsgálata a szülés előtt. A szülésznek megjegyezték, hogy a szülészeti osztályok 90—100%-os ágykihasználása miatt, a pszichológusok által javasolt „humanizáció” az osztályoknak, a látogatás, főleg a szülőszobában a férjek jelenlétének a bevezetése teljesen elképzelhetetlen.

Hervei Sarolta dr.

A gyermekkori vesico-ureteralis reflux szimpozionáról (Halle/Saale, 1979. május 3—4.).

A Német Demokratikus Köztársaság gyermeksebészei VII. szimpozionukat nemzetközi részvétellel rendezték. A vendéglátó ország urológiai sebészettel foglalkozó gyermeksebészei, urológusai, nephrológusai kívül a résztvevők 12 európai országból jöttek. Néhány évvel ezelőtt már volt hasonló rendezvény, amelynek napirendjén a subvesicalis elfolyási akadályok szerepeltek. A mostani tudományos ülés elsősorban a gyermekkorban jelentkező és problémát okozó kórképet, a vesico-ureteralis refluxot (VUR) tűzte napirendre. A kétnapos, kora reggeltől késő délutánig tartó, ülés rendszeresen és részletesen áttekintette a reflux-betegség diagnosztikus és terápiás kérdéseit.

Beszámolóinkban nem törekedtünk az ülés teljes anyagának ismertetésére. Célunk, hogy elsősorban azokat a gondolatokat ragadjuk ki, melyek számunkra — s talán így a hazai szakemberek számára is — érdeklődésre tartozhatnak számot.

Általános kérdések. Világstatisztikai adatok szerint a gyermekgyógyászati betegségek mintegy 35—

40%-ában sebészeti beavatkozás szükséges, ezek jelentős része urológiai jellegű. A Német Demokratikus Köztársaságban már évek óta működik egy gyermekurologiai munkacsoport, melynek vezetője W. Fritz, a hallei szimpozion házigazdája. A VUR nomenklatúrája ma még közel sem egységes, jelezve a betegség hátterében levő változó és még nem teljesen tisztázott etiológiai és patomorfológiai hátteret. Leggyakrabban használatos nevek, *primer* (kimutatható anatómiai eltérés nincs a VUR hátterében) és *szekunder* reflux (pl. subvesicalis elfolyási akadály vagy paraostialis diverticulum stb.) mellett használják a részben hasonló fogalmakat fedő *társuló* refluxot, vagy az újabb irodalomban egyre többet találkozhatunk a „*meglepetés*” és az *occult* reflux elnevezéssel. A VUR kezelésében, diagnózisában és kezelésében lényeges szempontokat játszó urodinamikai viszonyokra utal az *alacsony és magas nyomású* reflux elnevezés.

Patológiai kérdések. A húgyvezeték intramuralis szűkületéhez társuló reflux mindig visszatérő kérdés. Referátumot hallottunk arról, hogy a szűkület következtében először kialakul az ureter-tágulat, majd másodlagosan, a hólyagzáróizomzat működésének romlásával alakul ki a VUR; a subvesicalis elfolyási akadályokhoz társuló VUR kezelésében a pangás, a megnövekedett intravesicalis nyomás jelent elsődleges szerepet. Ez a hólyagfal hypertrophiájához, fibrosishoz, pseudo-diverticulum képződéséhez vezet. Itt első sorban az ureter-szájadékok körüli divertikulomoknak van fontos szerepe.

Körismézés. Ma legtöbb helyen a VUR körismézése során még nem veszik figyelembe a hólyag nyomásviszonyait, illetve 1–1 felvétellel statikusan tanulmányozzák a VUP jelenlétét. A jövő útja a kis sugarúheléssel járó, képerősítővel végzett, urodinamias vizsgálatokkal egybekötött diagnosztika. Az ülés talán egyik leghevesebb vitáját eredményezte a cystoscopia végzésének szükségessége, indikációs területének meghatározása. A szélsőséges vélemények szerint mütéti indikációt nem lehet felállítani hólyagtükrözés nélkül, míg a másik tábor csak nagyon indokolt esetekben ajánlotta a cystoscopyt (sajnos, hazánkban ez a kérdés egy kicsit teoretikus, mert a legtöbb intézetben — ahol pedig ilyen és egyéb urológiai műtétek történnek — nem állnak még rendelkezésre csecsemő és kisgyermek vizsgálatához szükséges cystoscopok. Jó volna, ha illetékes szerveink problémáinkat nemcsak megértenék, hanem segítenék is). A körismézés kérdéséhez sorolható a VUR súlyosságának megállapítása is. Úgy tűnik, hogy

Európában a legtöbben a finn szerzők *Heikel* és *Parkkulainen* a VUR 5 csoportba történő felosztását használják, mely jó útmutatást ad mind a választandó terápia meghatározásában, mind a prognózis megítélésében.

Konzervatív kezelés. Érdekes volt, hogy az első napon a résztvevők a VUR enyhébb és középsúlyos eseteiben is mütét mellett foglaltak állást. Véleményüket a vesekárosodások megelőzésére, valamint az egyre jobb eredményekkel járó anti-reflux-műtétekre alapozták. Ugyanakkor a második nap végén az ülésen többször feltett körkérdésnél a résztvevők állásfoglalása már jóval óvatosabb (konzervatívabb) volt a mütét szükségességének megítélésében.

Leányok meatus stenosisa. A szimpozion meglehetősen bő teret szánt a leányok külső-húgycsőszűkületeinek terápiájára (meatotomia, buzsirozás). Hazánkban a gyermekek problémáival foglalkozó nem-manuális és manuális szakemberek körében alig ismert ez a körkép. Joggal tettük fel mi is egymásnak a kérdést, hogy ez vajon itthon is gyakori elváltozás-e, csak mi nem gondolunk rá, vagy esetleg csak túlzó aggály.

Enuresis kérdése. A húgyszervi anomáliák és az enuresis kapcsolata ismert, mégis meglepő volt hallani, hogy több előadó beteganyagában a VUR (és a subvesicalis elfolyási akadály) kapcsán az esetek 70%-ában (!) volt enuresis. Ugyanakkor az urológiai anomália sikeres kezelése (konzervatív vagy sebészi) jelentős százalékbán megszüntette az enuresist.

Congenitalis urethra-billentyű kérdése. A reflux-sebészet nem direkt mütéti megoldásaiban nagy fontosságú a hátsó urethra-billentyű korai felismerése és kezelése. A terápiában több út áll rendelkezésre: *elektroresectio* (modern, fiatal életkorban alkalmazható instrumentarium tudomásunk szerint csak a Heim Pál kórházban van), hátránya, hogy szűkület, sipoly alakulhat ki a billentyű helyén; *electrocoagulatio*, hátránya, hogy viszonylag ritkán sikerül a billentyű eltávolítása, s ekkor ismétlésre szorul. Harmadik megoldás: relatívan nagy átmérőjű *tar-tós katéter* (2–4 hét) urethrába való behelyezése (nyomási destruktó eliminálja a puha falú, hártyszer urethra-billentyűt; természetesen számolnunk kell az iatrogén fertőzés veszélyével). Végül az elváltozás esetleg eltávolítható urethrotomián keresztül.

Műtéttechnikai kérdések. *Politano-Leadbetter*-mütéttel kapcsolatban vita tárgyát képezte, hogy mely esetekben elégséges a mütét csak intravesicalisan végezni, és mikor ajánlatos retrovesicalisan is ellenőrizni az ureter helyzetét. Az ureter-neoimplantációját

a submucosus csatorna 2,5–3-szorosa legyen az ureter átmérőjének. Ha a hólyag nagyon trabeculált és a nyálkahártya alatti tunel elkesztése nehéz, akkor ajánlatos *Hendren* szerint a kialakítandó csatornának megfelelően a mucosát behasítani, kicsit alápreparálni, az uretert befektetni, és felette a nyálkahártyát atraumatikus öltésekkel egyesíteni. Kanyargós és tág ureterek esetén ajánlatos elvégezni az ureter lumenének szűkítését (tapering, tailoring). Vitát képezett, hogy ezt az ureter teljes hosszában végezzük, vagy elég csak az ureter alsó szakaszán, ott, ahol majd a neoimplantatio fog történni. Ureterocelénél és egyéb más állapotokban, ha heminephrectomia végzése szükséges, vitatott kérdés, hogy az ezen oldali bentmaradó ureteren — ha ott is van reflux — már a veseeltávolítás mütéte során elvégezzük-e az antireflux-mütétet (természetesen csak akkor, ha az ureter reflúál), vagy csak később, egy második mütét alkalmával. Többen, első sorban a német nyelvterületről, jó eredménnyel végzik a hólyag megnyitása nélküli anti-reflux eljárást, a *Gregoir*-mütétet.

Utánvizsgálatok A résztvevők megegyeztek abban, hogy antireflux-mütéteket követően az esetek mintegy felében az első hetekben-hónapokban különböző mértékű vizeletelfolyási akadály keletkezik az ureter újra-beültetése helyén, mely később rendeződik. A VUR-mütét legfontosabb szövödményének, a neoimplantatio helyén kialakuló szűkületnek időben történő felismerése fontos. Erre legjobb módszer a sugarárhelést nem jelentő iosotopnephrographia. Kontrollanyagok ellenőrző rgtg-vizsgálatok végzésére általában csak a mütét után egy évvel kerüljön sor.

Az igen jól rendezett szimpozionzt Halle új városrészében épült Orvosi Egyetem egyik épületében tartották. A tudományos ülés vezetőjének, *Fritz* doktornak *sikerült olyan szabad és őszinte vitaszellemet kialakítania*, ahol az álláspontok megfogalmazásában az érvek játszottak döntő szerepet és nem a tekintély. A négytagú magyar küldöttség (Csontai Ágoston — Budapest, Füzesi Kristóf — Szeged, Kontor Elemér — Budapest, Pintér András — Pécs) aktívan részt vett a szimpozion vitájában, közülük *Pintér dr.* előadást tartott a *Cohen*-féle ureter-neoimplantatio indikációjáról, mütéti technikájáról.

Csontai Ágoston dr.
Füzesi Kristóf dr.
Kontor Elemér dr.
Pintér András dr.

TURINAL®

tabletta

ÖSSZETÉTEL

1 tabl. 5 mg allyloestrenolumot tartalmaz.

HATÁS

A Turinal a terhesség megtartására orálisan adható progeszteron készítmény. Terhességmegtartó hatását a készítmény placentotrop aktivitása magyarázza. A Turinal növeli a trophoblast endocrin aktivitását, serkenti a placenta csökkent működését. Különösen olyan esetekben hatásos, ahol a terhesség megszakadását hormonális dysfunctio okozza.

A Turinal nem okoz anyai virilisatiót, sem magzati masculinisiót. Nem gátolja sem a gonadok, sem a mellékvese működését, a szervezet elektrolit egyensúlyát nem befolyásolja. Gastrointestinalis panaszokat nem okoz.

JAVALLATOK

Fenyegető vetélés, szokványos vetélés, fenyegető koraszülés.

ADAGOLÁSA

Fenyegető vetélés: naponta 3×1 tabletta 5—7 napon át, ill. a

tünetek megszűnéséig. Szükség esetén az adag emelhető. Szokványos vetélés: napi 1—2 tabletta a kritikus időpont után még legalább 1 hónapon keresztül.

Fenyegető koraszülés: az adagolást minden esetben egyénileg célszerű meghatározni, sokszor fentieknél magasabb adagok alkalmazása szükséges.

MEGJEGYZÉS

✱ Csak vényre kiadható és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS

20 tabletta térítési díja:
9,— Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest



PANANGIN[®]

drazsé, inj.

ÖSSZETÉTEL

1 drazsé 0,14 g magn. asparagin. anh. ($Mg^{++} = 11,8$ mg), 0,158 g kal. asparagin. anh. ($K^{+} = 36,2$ mg);

1 amp. (10 ml) 0,4 g magn. asparagin. anh. ($Mg^{++} = 33,7$ mg), 0,452 g kal. asparagin. anh. ($K^{+} = 103,3$ mg)-ot tartalmaz.

JAVALLATOK

Angina pectoris kezelésében adjuvansként, szív-infarctusban rhythmus-zavar esetén és

utókezelésében, digitalis okozta rhythmus-zavar, digitalis-intoxicatio. Rhythmus-zavarok: tachyarrhythmia, ventricularis extrasystolia.

ELLENJAVALLATOK

Akut és krónikus veseelégtelenség.

ADAGOLÁS

Naponta 3×2 drazsé, vagy $1-2 \times 1-2$ ampulla 50—100

fiziológiás konyhasó — vagy 5—10%-os glucose-oldattal felhígítva, lassan i. ven, vagy tartós cseppinfúzióban. — Prophylaktikus és fenntartó adagja naponta 3×1 drazsé. — A Pananginnal együtt szükség esetén sztrofantin vagy digitaliskészítmény is adagolható.

MEGJEGYZÉS

✠ Drazsé: Vény nélkül egy alkalommal legfeljebb a legkisebb gyári csomagolás vagy annak megfelelő mennyiség adható ki.

Injekció: Csak vényre kiadható és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS

50 drazsé, térítési díj: 3,80 Ft.
5 ampulla, 25 ampulla térítési díj: 2,— Ft és 20,— Ft.



**Kőbányai
Gyógyszerárugyár,
Budapest**





A klinikus és a laboratórium

SI egységek a klinikai laboratóriumi eredmények közlésére. Young, D. S. (Section of Clinical Chemistry, Department of Laboratory Medicine, Mayo Clinic and Mayo Foundation, Rochester, Minn.): JAMA. 1978, 240, 1618—1621.

Egészen a közelmúltig a klinikai laboratóriumi vizsgálatok eredményeit világszerte metrikus egységekben közölték. A jövőben számos országban a hagyományos egységek helyébe az SI egységek lépnek (Système International des Units), az anyagok koncentrációját molekuláris egységekben jelölik, a referencia térfogat egység pedig a liter. Az SI nagyobb következeteséget biztosít az információk közlésében, mint a hagyományos közlési módszer.

Az SI egységeket jelenleg a világ tíz országában alkalmazzák, de használata csak Finnországban, Norvégiában és Svédországban kötelező. Elsőnek Hollandia vezette be 1970-ben, Magyarország pedig 1980-ra tervezi a bevezetését.

Az Egyesült Államokban egyelőre idegenkednek az SI egységek bevezetésétől. 1969-ben az American Medical Association határozatot fogadott el, melynek értelmében nem kell változtatni a laboratóriumi adatok közlésének hagyományos módján. Egy későbbi javaslat szerint megfontolandó az SI használata, ha be lehet bizonyítani, hogy az adatok közlésének új módja a betegek érdekeit szolgálja. A klinikai laboratóriummal foglalkozó szakmai társaságok elvben már elfogadták az SI-t, sőt az általuk publikált tudományos folyóiratok egy részében az adatokat SI egységekben közlik és szerkesztőségi közlemények is foglalkoznak a kérdéssel. Jelenleg azonban egyetlen kórházi laboratóriumban sem használják az SI egységeket és a klinikai orvoslással foglalkozó egyetlen szakmai társaság sem támogatta eddig az SI alkalmazását.

Az SI egységek bevezetése mellett szól elméletileg, hogy a hagyományos egységek gyakran különböznek a kémiában, vagy a biokémiában alkalmazott egységektől. A jelenlegi gyakorlat szerint az anyagok súlykoncentrációját mérik, és közlik, holott a biológiai reakciók molekuláris alapon zajlanak le. A mai közlési mód az anyagok mennyiségének hibás értelmezéséhez vezethet, viszont ha a molekuláris egységeket közöljük, jobban tudunk következtetni a jelenlévő anyagok mennyiségére. Ennek bizonyítására a közlemény több példát is felsorol.

nek bizonyítására a közlemény több példát is felsorol.

Az orvosok azért ellenzik az SI rendszer bevezetését, mert hozzászoktak a hagyományos egységekhez és az új számukra idegen vagy érthetetlen lenne. Az SI egységek valóban különböznek a hagyományosaktól (ezt táblázaton be is mutatja) s az orvosoknak meg kellene tanulniuk az új egységek normál tartományait és értelmezését. Készségesebben elfogadnák az SI-t, ha segítségével jobban tudnának diagnosztizálni, vagy jobban követhetnék a betegségek lefolyását vagy a kezelés eredményességét. A rendszer ajánlói azonban csak az elméleti előnyöket hangsúlyoztatják, de nem bizonyítják be gyakorlati hasznát.

Egy felmérés szerint Hollandiában — ahol már 2—5 éve alkalmazzák — az idősebb belgyógyász szakorvosok közül néhányan 3 hónap alatt tanulta meg az SI egységek alkalmazását, a többieknek pedig még ennél is hosszabb időre volt szükségük. A legtöbben még mindig a hagyományos egységekben otthonosak és ritkán vagy sohasem alakítják át őket molekuláris egységekké. Két kanadai kórház orvosainak fele igen terhesnek érezte az átmenetet, 25%-ának nehéz volt, a maradék pedig könnyűnek találta.

Az Egyesült Államokban aránylag egyszerű lenne az SI bevezetése a klinikai laboratóriumokban, de szükség lenne a laboratóriumi orvosok és technikusok képzésére, hogy segíteni tudják a klinikusokat az adatok értelmezésében. Az orvosokat el kellene látni táblázatokkal és más segédesszközökkel, hogy át tudják alakítani egymásba a kétféle egységet. A tudományos folyóiratoknak és könyveknek a laboratóriumi adatokat egy ideig hagyományos és SI egységekben is közölniük kellene. Ha kötelezik a szerzőket az SI egységek használatára, az befolyásolja majd az oktatókat és kutatókat, hogy SI rendszerben gondolkozzanak. Ha a tudományos körök már elfogadták, valószínűleg követik őket a klinikusok és a független orvosok is.

Fogarassy Ibolya dr.

Miért használunk túl sok laboratóriumi vizsgálatot? Szerkesztőségi közlemény: Dtsch. med. Wschr. 1977, 102, 1236—1237.

Bár már eléggé ismert, hogy a túl sok laboratóriumi vizsgálat mind a gyógyító, mind a megelőző munka érdekében felesleges, mégis pl. az Egyesült Államokban évente több mint 12 milliárd dol-

lárt költenek laboratóriumi vizsgálatokra. Egy egyetemi kórház (Pennsylvania) két orvosa (Kriegel, A. F., Israel, M.) e kérdést elemzi a „Medical Laboratory Observer” hasábjain (1977, 9, 46), e szerzők szerint a túlzott laboratóriumi igénybevétel a következő okokkal magyarázható:

1. A vizsgálatok pénzt jelentenek a gyógyító intézmény, esetleg a magánorvosi laboratórium számára.

2. Orvostanhallgatók, valamint fiatal, tapasztalatlan orvosok egyszerűen kíváncsiságból, indok nélkül rendelnek vizsgálatokat.

3. A laboratórium (röntgen) nagy mértékű igénybevétele a gyengén képzett orvosokra jellemző. Jó klinikusok kevés vizsgálatból értékelnek.

4. A felelősségre vonástól való félelem is oka lehet a sok vizsgálat elrendelésének (felelősség áthárítás).

5. A „tudományos orvostan” végzésének vágya sok vizsgálatot eredményez.

6. Az orvos a betegnek (hozzátartozóknak) ezáltal bizonyítani kívánja, hogy valami történik. (Tarifadrágítás?)

7. A szűrővizsgálatok sok laboratóriumi próbát igényelnek, ezek értéke erősen korlátozott.

A szerzők rámutatnak arra, hogy a vizsgálatok elrendelésének reális korlátozása (csak indokoltan) jelentős költségcsökkenést eredményez.

(Ref.: Nálunk a túlzott igénybevétel egyik fő oka, hogy nem a megrendelőnek kell ilyen esetben dolgozni. Felmerül a kérdés, hogy e téren túlszármalyaltuk-e már Amerikát?)

Nikodemusz István dr.

A vérértel standardizálása. Junge, B. és mtsai (Institut f. Sozialmedizin der Freien Univ., Berlin): Dtsch. med. Wschr. 1978, 103, 260.

Vénás vérértel alkalmazásával a pangás ideje több vérparaméter koncentrációját befolyásolja. 50 Hgmm nyomáskor és 6 perces pangási idő alatt a haemoglobint, erythrocytát, sejtvolumen, összfehérje, albumin, γ -glutamyl-transferase, alkalikus phosphatase, laktatdehydrogenase, kreatinkinase, bilirubin, cholesterolin, összglycerin és calcium 4—9%-os emelkedést mutattak. 2—3 perces pangási idő után 33 vizsgált vérparaméterei közül 14 esetben a mért eredmények még 2—8%-os jelentős emelkedést mutattak, viszont az egyperces pangás semmi szignifikáns változást nem eredményezett. A natrium, kalium, széndioxid, kreatinin, húgysav, az elektrophoresisfractiók és a MCV, MCH, valamint a MCHC indexek nem változtak hatperces pangási idő alatt. A carbamid, glucose, chlorid, anorgani-

kus phosphat szignifikánsan csökkentek. Az észlelt concentratio változások oka a pangásos nyomás okozta filtrációs nyomás emelkedés a capillariskban, ami a plasmavíznek az interstitialis ürbe való fokozott átszűrődésére vezet, míg a corpuscularis és nagy molekulájú anyagok az intravasalis térben maradnak. Ilyenfajta folyadékeltolódás elkerülésére *standard feltételek melletti vérvételt* javasolnak: fekvő helyzetben végzett vérvétel, tekintetbe véve a vizsgálandó parameter napi ritmikus változásait, továbbá elkerülni az ököl változtatott szorítását, illetve nyitását.

ifj. Pastinszky István dr.

A szívizom-specifikus creatin-phosphokinase izoenzym diagnosztikus értéke. Pfisterer, M. és mtsai (Medizinisches Department, Kantonsspital, CH-4031, Basel): Schweizerische Medizinische Wochenschrift, 1978, 108, 24—27.

A szerzők prospektív tanulmányukban a myocardium-specifikus creatinphosphokinase (CK) izoenzym (CK-MB) diagnosztikus értékét vizsgálták friss infarctusos betegeken, valamint elektromos cardioversio és intramuscularis injectio után.

Normálértékek: CK: ambuláns vizsgáltaknál (véradoók): 20—120 E/L, kórházi betegek: 10—50 E/L. CK-MB: mind az ambuláns, mind a kórházi betegeknél 0—10 E/L volt.

Friss infarctus gyanújával 100 beteget vizsgáltak, akiket három csoportba soroltak: transmuralis infarctus 32 beteg, nem transmuralis, vagy nem lokalizálható infarctus 36 beteg, infarctus kizárható 32 beteg. A CK—MB érték az első csoportban egy kivétellel, a harmadik csoportban kivétel nélkül, a második csoportban az esetek felében egyezett a diagnossal, s ezért ezt nagyon specifikus és nagyon érzékeny diagnosztikus kritériumnak tartják. Az aktivitás időbeli változásait is vizsgálták a 48 CK—MB pozitív betegen. Mind a CK, mind a CK—MB a fájdalom kezdete után 12—18 órával érte el maximumát és 48—60 óráig maradt emelkedett.

Electroconversio és im. injectio után is jelentősen emelkedett a CK aktivitás, maximális értékét itt is 12—18 óra múlva érte el. A CK—MB csak az electroconversio után emelkedett, értékei a normális határon belül maradtak, im. injectio után aktivitás-változást nem találtak.

A CK—MB az össz-CK aktivitásának 8—10%-a. Hogy a normális felső határát meghaladhassa, az össz-CK aktivitásnak legalább 100—150 E/L-t kell elérnie. Ezért kis infarctusoknál az izoenzym értékek a normális határon belül maradhatnak. A CK—MB 10 E/L normális felső határértéke magas,

jól demonstrálja ezt a cardioversio utáni izoenzym-szint emelkedés, hiszen ez a beavatkozás is szív-izom sérülést okoz. Ezért a valóban ál-negatív értékek aránya még kisebb. Enzymaktivitást gátló antitest módszerrel dolgoztak, mely egyszerű, jól reprodukálható, és csak a haemolyzált serum ad hamis pozitív eredményt.

Kálló Kamill dr.

Egy nem invazív módszer a kevert vér széndioxid tartalmának a mérésére. Frankel, D. Z. N. és mtsai (Department of Medicine, and Anaesthesiology, University of Toronto, Toronto Central Hospital, Toronto, Ontario, Canada): American Review of Respiratory Diseases, 1978, 117, 63—69.

A kevert vénás vér széndioxid tartalmának a meghatározására eddig a nem invazív visszalélegeztetési módszert alkalmazták. A szerzők helyett egy új egylégzéses módszert dolgoztak ki. 22 egészséges, 6 idült légút- és 5 öntudatlan, géppel lélegeztetett betegen a két eljárással összehasonlító vizsgálatot végeztek. Módszerükkel a vizsgált egyénekkel 100%-os oxigént vagy 12%-os széndioxidot lélegeztettek mély belégzéssel és 5, ill. 15 másodperc múlva 500—500 ml levegőt lélegeztettek ki, amiből egy képlet segítségével meghatározták a kevert vér széndioxid tartalmát. A visszalélegeztetési és a szerzők egylégzési módszerének az eredménye azonos volt. Az új eljárás egyszerűbb, megbízható és rövidebb idő alatt végezhető el.

Pongor Ferenc dr.

Vizelet enzimevizsgálatok diagnosztikai értéke. Burchardt, U. és mtsai (I. Medizinische Klinik der Martin-Luther-Univ. Halle): Z. med. Labor-Diagn. 1977, 18, 190—212.

A szerzők leírják, hogy ma már több mint 32 fajta enzimet tudnak a vizeletről kimutatni, ennek ellenére a nephrologiai rutindiagnosztikában alig alkalmazzák ezeket. Munkájukban részletesen kifejtik, hogy miért kedvezőtlen millió a vizelet az enzimmeghatározások számára. Az enzimeket három csoportba sorolták: 1. alacsony molekulásúak, 2. „vesespecifikusak”, 3. a vesében és a vérben is előfordulók.

Az enzimkiválasztás mechanizmusát modellszerű reverzibilis vese alterációk mellett figyelték. Hypertoniás oldatok iv. alkalmazása után nézték a vizelet alanin-aminopeptidase (AAP) aktivitás változásait az idő függvényében. Egészséges veséjük csak lényegtelen aktivitás fokozódást mutattak, míg nephropathiáknál emelkedett értéket kaptak, rendszerint 18—20 órás csúcsértékkel.

Chronikus bakteriális pyelonephritises betegek retentio nélkül, 164—1740⁰/o-os emelkedést mutattak (középtértékek 6,9—24,5 mU/mg kreatininre), míg chronikus bakteriális betegek retentióval 297—1430⁰/o-os fokozódást mutattak (középtérték 5,2—28,9 mU/mg kreatininre).

A szerzők által megállapított csúcsértékek kb. megegyeznek az állatkísérleti nephrosisban leírt morfológiai elváltozások maximális kifejeződésével.

Figyelték a gyógyszerekre bekövetkező változásokat is. AAP, arylsulfatase A, alkalikus phosphatase és béta glucuronidase aktivitás emelkedést, valamint fehérje csökkenést észleltek.

Kiemelik, hogy az enzimaturia értékelésénél figyelnünk kell arra, hogy primer extrarenalis elváltozások és diagnosztikumok is létrehozhatnak hyperenzimuriát. Javasolják az AAP, béta-glucuronidase és lysozym együttes meghatározását, mert ez segítséget jelent a vese finomabb patológiai folyamatainak a felderítésében.

Salgó László dr.

A tejsav meghatározás jelentősége. Spaethe, R., Otto, H. (Klinikum für Innere Medizin des Zentralkrankenhauses Bremen-Nord): Dtsch. med. Wschr. 1978, 103, 325—326.

A tejsav a pyroszólósav redukciójával képződik. A hidrogént a NADH oxidációja szolgáltatja, a reakciót a tejsavdehidrogenáz katalizálja. Oxigén hiányban a NADH reoxidációja kényszere miatt a folyamat felgyorsul.

A teljes vér tejsav tartalma egészségeseken, alkoholos befolyásoltság nélkül 9—16 mg⁰/o (1—1,8 mmol/l). A plazmában és serumban értéke 20%-kal magasabb. A klinikumban 20—30 mg⁰/o tejsavszint enyhén, a 30—50 mg⁰/o közötti kifejezetten emelkedett. 50 mg⁰/o felett tejsav acidosisal kell számolni.

Munkavégzés alatt a vázizomzatban képződő tejsav fiziológiás vérszint emelkedést okoz. Egészségeseken a tejsav meghatározás alkalmas a szív-tüdő teljesítőképesség mérésére.

Kóros mennyiségben képződik a tejsav hypoxiában, elsősorban shock állapotban. A vér tejsav koncentrációja a shock súlyosságának objektív mértéke. Túlélése valószínű, ha a kezdeti vérszint emelkedést gyors normalizálódási tendencia követi.

Intenzív terápiában a tejsav meghatározás tájékoztat az intracelluláris anyagcsere állapotáról, kiegészíti a vérgázanalízist. Magasabb koncentrációja még a vér pH változása előtt jelzi a szervezet áttérését anaerob glycolysisra. A tejsavszint emelkedése a liquorban cerebrális hypoxiát bizonyít.

A tejsav lebontás a máj egyik legfontosabb anyagcsere funkciója. Májfunkció zavarban, elsősorban alkoholos májártalomban és májcomában a tejsav koncentráció növekszik. A biguanidok által okozott tejsav acidosis súlyos betegség, magas halálozási arányszámmal. A kezelés alatt tünetmentesen kialakuló magas tejsav koncentráció a vér tejsav rendszeres ellenőrzését indokolja.

A tejsav meghatározás enzimatis-kus-fotometriás módszerrel viszonylag egyszerű és gyors. Klinikai laboratóriumokban a vizsgálat végzése elengedhetetlen.

Hermányi István dr.

Leukocytosis és arteficialis hypoglykaemia. Goodenow, Th. J., Malarkey, W. B. (Department of Medicine, The Ohio State University Hospitals, Columbus, USA): JAMA 1977, 237, 1961.

A „pseudohypoglykaemia” fogalmát először 1961-ben használták; ennek háttérében a fehérvérsejtek excessiv in vitro cukorfelhasználása áll. Az eddigi észleléseket olyan leukaemiás betegekkel kapcsolatban tették, kiknek fehérvérsejtszáma 290 000/mm³ feletti volt. A szerzők 2 betegükön hasonló jelenséggel találkoztak, lényeges különbség volt azonban az, hogy egyiküknek sem volt ilyen magas leukocytá-száma.

Első betegük 56 éves nő, akit 1976 márciusában vesznek fel aortabílyentű-reconstruációra. Már 1969-ben vizsgálták erythro- és leukocytosis miatt s ekkor kóris-mézték kevert típusú myeloproliferatív megbetegedését. Jelenlegi felvételekor aorta-stenosisa dominál, enyhefokú keringési elégtelenséggel. Haematokrit-értéke 50%, fehérvérsejtszáma 109 200, melynek 74%-a polymorph magvú neurophil; vérelemezke-száma: 896 000/mm³. Máj- és vesefunkciói rendszerben vannak, ennek ellenére vércukorértékei 40–77 mg/100 ml közöttiek. Április 2-án műtét, mely után 4 nappal a beteg jól van, rendszeresen étkezik; ennek ellenére vércukor-értéke 58–88 közötti, sőt egy esetben 29 mg/100 ml. Másnap 75 g dextrose bevétele után az ezt megelőző éhgyomri 50 mg/100 ml-es szint ugyan egy óra múlva 177-re emelkedik, azonban a 3 órás érték ismét 52 mg/100 ml volt, majd 21-es értéket is észleltek, sőt egy régebbi, 1976-os vizsgálati eredménye 13 mg/100 ml-es szintet mutatott az akkori 105 000/mm³-es fehérvérsejtszám mellett. Legszenvedelmesebb az volt, hogy a betegnek sohasem voltak hypoglykaemiára utaló tünetei, ezért legközelebb 122 000-es leukocytaszámot észlelve, a levett vért 2 részre osztották; az első cső tartalmát azonnal lecentrifugálták és a sejtes részt elöntötték. 2 óra állás után megvizsgálva, ebben a cső-

ben a vércukorszintet 81 mg/100 ml-nek találták, szemben azzal, ahol a sejtes elemeket meghagyták, mert itt ismét igen alacsony értéket kaptak.

Második, 60 éves nőbetegükön eosinophil leukaemoid reakciót észleltek; eleinte fehérvérsejtszáma 40–50 000 közötti volt, 40–50%-os érett eosinophil sejtaránnyal, majd 1976 májusában 29%-os haematokrit-érték mellett 96 966-es leukocytaszámot észlelnek, melynek nagyobbik fele eosinophil, 690 000-es vérelemezkeszám mellett. Ekkor vércukra 53 mg/100 ml; majd 10 nap múlva ugyancsak 100 000 körüli fvs.-szám értéken 35 mg/100 ml. Ezért 100 ml/órás 5%-os dextrose-bevitel mellett sorozatos vércukormeghatározást végeznek s a következő szinteket észlelik: 37, 20, 47 és 34 mg/100 ml. Hypoglykaemiás tünet itt sem volt. Az előző beteg szerzett tapasztalatuk alapján ekkor külön meghatározást végeztek sejtmentesítés után, s ezt az értéket 66 mg/100 ml-nek találták, szemben a kontroll, de sejteket tartalmazó csőben észlelt 14 mg/100 ml-es vércukorszinttel.

Évek óta ismert, hogy az egészséges egyén vérének cukortartalma is in vitro időarányosan csökken s ennek mértéke függ a hőmérséklettől és a fehérvérsejtszámtól is. Ez a csökkenés szobahőmérsékleten átlagosan 7–20 mg/100 ml/óra sebességgel. Néha azonban az autoglycolysis egészségeseken, de főleg leukaemiásokon jóval gyorsabb, főleg ha a vér jelentős számú éretlen fehérvérsejtet tartalmaz. E folyamat legkifejezettebb lympho- és granulocytáer leukaemiában. E jelenségre elsősorban akkor kell gondolni, ha feltűnően alacsony vércukorértékek mellett hiányoznak a várható hypoglykaemiás tünetek s a fehérvérsejtszám kifejezetten emelkedett, továbbá, ha normális a vér cortisol-, növekedési hormon- és insulin-szintje.

Major László dr.

Mikrobiológia és fertőző betegségek

A lyssa elleni védőkezelés és a prophylaktikus védőoltás indikációi emberen. Wegmann, T. (Med. Klinik A des Kantonsspitals, CH-9006 St. Gallen): Münch. med. Wschr. 1978, 120, 281–284.

A közlemény a lyssa klinikumával, laboratóriumi diagnosztikájával, a differenciáldiagnózissal és a kezeléssel foglalkozik. Többek között figyelemre méltó megállapítás, hogy a betegség kitörése előtt 5 nappal már fertőző az állat harapása. Mivel a lyssa emberen gyakorlatilag kivétel nélkül halálos kórlefolyású, a prophylaxisra vagyunk utalva.

Lyssa fertőzésre gyanús sérülés esetén a WHO által előírt eljárásokat alkalmazzák:

1. **Lokális kezelés.** Az inficiált terület kémiai vagy fizikai módon történő kitisztítása még ma is a legfontosabb, szappanos-vizes, 40–70%-os alkoholos, jódtincturás vagy 0,1%-os quarterner ammónium oldatos öblítéssel. Széles excisio primer varrat nélkül, a seb mély instillálása és a traumatizált környezet infiltrálása lyssa-serummal. Nagy kiterjedésű, mély, vagy többszörös harapás esetén (főleg a fejen vagy a nyakon) az incubációs idő igen rövid lehet: 8–10 nap. Ilyen esetekben az aktív immunizálás nem elegendő. Passzív immunizálást is kell végezni antirabies-serummal vagy antirabies-gammaglobulinnal.

2. **Specifikus kezelés.** Vaccinálás, mely abbahagyható, ha az állat 5 napig életben marad.

A manapság használatos oltóanyagok:

Lyssavac. Béta-propiolactonnal inaktivált, kacsamembrion tenyésztett lyssa-vírus. Svájcban elsősorban ezt használják (Lyssavac Berna).

Mérieux. Emberi diploid-sejteken tenyésztett, elölt vírus. Redukált fehérjetartalma miatt kevesebb reakciót okoz, mint a Lyssavac (Institut Mérieux Lyon).

Prophylaktikus oltások esetén (állatorvosok, vadőrök, vadászok stb.) az inaktivált lyssa-oltóanyagból egyhetes időközökben három, majd egy hónap elteltével egy negyedik oltást adnak subcutan, később évente egy booster-injekciót. Az injekciókat nem kell feltétlenül az érzékeny hasbőr alá fecskendezni.

A Lyssavac mellékhatásai enyhék. Svájcban az utóbbi 10 évben 2 millió dosis oltóanyagot alkalmaztak, és egyetlen encephalitist sem észleltek. A védőhatás valószínűleg néhány évig tart. Így csak 2–3 év múlva, vagy kontaktus esetén kell újraoltani. A Lyssavac 4 injekciójával elvégzett alapimmunizálás után minden seronegativ kísérleti egyénen seroconversio figyelhető meg. A Lyssavac alig encephalitogen, a Mérieux-oltóanyag még kevésbé. Az iráni Pasteur Intézet közlése szerint 45, veszett állatoktól megmárt embert oltottak Mérieux-vaccinával és egy immunserum injekcióval. Szövődményt nem észleltek, megbetegedést sem. A szerzők felvetik, hogy az injekciók számát esetleg hatra lehet csökkenteni.

Oltási szövődmények: Svájccal ellentétben a Német Szövetségi Köztársaságban Hempt-vaccinával oltanak és idegrendszeri komplikációkat figyeltek meg. A korai kezelés: cortison.

Antilyssa-serumok:

Lyssa-Serum-Berna: Tisztított, koncentrált lószérum. Anaphylaxiás reakciókat okozhat.

Rabuman-Berna: Human anti-lyssa immunoglobulin. Homolog serum, mellékhatások nélkül.

Mindegyiket egyszeri dosisban alkalmazzák, az előbbiből 40 IE-t, az utóbbiból 20 IE-t adnak test-súlykilogrammonként. Egyidejűleg elkezdik a 14 oltásból álló vacci-nálást.

A klasszikus vaccinálási séma redukciójára kerülhet sor, ha a 6., 7., 8. oltás után masszív bőrpelen-ségek lépnek fel. Ilyenkor a 7 sub-cutan injekcióból álló alapimmuni-zálás után 3 napig várnak, majd az oltásokat intradermalisan foly-tatják. Úgy tűnik, hogy ha az oltottak a 14 injekcióból álló össz-mennyiségnek csak kb. felét kap-ják meg, immunológiai védekezé-sük akkor is biztos.

Prognosis: Sajnos még ma is az-zal kell számolni, hogy a mani-fest lyssabeteg encephalitisben né-hány nap alatt meghal. Az NSZK-ban az utóbbi években 15 ember halt meg lyssában, közülük 8 kül-földön fertőződött. Svájcban az el-ső haláleset 1977-ben volt, védőol-tás nem történt. Majd egy állator-vos halt meg, védőoltása nem volt kielégítő.

3 gyógyult lyssa eset ismeretes, kettőt intenzív osztályon kezeltek, gépi lélegeztetéssel, kurarizálással és nagydosisú sedatív kezeléssel.

Végül egy halálos lefolyású ese-tet ismertet a szerző, és a foglal-kozásuknál fogva veszélyeztetett személyek (állatorvosok stb) lys-sa-prophylaxisát ajánlja, abból a megfontolásból kiindulva, hogy különböző állatok fertőzöttek le-hetnek anélkül, hogy klinikai tüne-teik lennének. *Brasch György dr.*

Az interferon jelentősége a lyssa-prophylaxisban. Majer, M. és mtsai (Human-Virologische Abt., Behringwerke AG, D-3550 Marburg/Lahn): Münch. med. Wschr. 1978, 120, 285—286.

Az interferonok glykoproteinek, melyek szintézisét a szervezetben vagy sejtenyészeten vírusok és egyes más anyagok, pl. szintetikus polyribonucleotidok indukálják. Fő hatásuk a vírusok szaporodásának gátlása. Igen széles antivirális ha-tásspektrumuk van. A makroorga-nizmus szempontjából az interfero-nok hatása többé-kevésbé fajspeci-fikus. A human interferon első, kedvező klinikai hatását a Herpes-vírus infekciókban tapasztalták.

Az interferon és a lyssa vonat-kozásában a következő kérdések merülnek fel:

1. A lyssa-oltóanyag expozíció utáni védőhatásában mi a jelentő-sége az általa keltett interferon-indukciónak?

Különböző állatkísérletek alap-ján végleges válasz még nem adha-tó. A kérdés human vonatkozásait a WHO tanulmányozza.

2. Az expozíció után alkalmazott interferon véd-e a lyssa ellen?

Állatkísérletek többé-kevésbé kedvező eredményeket mutatnak, emberi alkalmazásról nincs közlés.

A szerzők *Cynomolgus*-majmo-kat fertőztek, majd 1—10 millió egység interferonnal kezelték őket i. musc. vagy i. lumb., illetve kombinálva. A fertőzés után 24 órával alkalmazott i. musc. inter-feron az állatok mintegy 50%-át védte meg. I. lumb. alkalmazás esetén nem volt ilyen kedvező a védőhatás, de számításba kell ven-ni, hogy a fertőzés után 11 nap-pal kezdték el a kezelést. A leg-jobb eredményt a kombinált alkal-mazás hozta. Ami az emberi vo-natkozást illeti, a szerzők elkép-zelése szerint egyes személyek (akiknek fejét éri a sérülés, tehát rövid a lappangási idő, és későn kerülnek orvoshoz) kezelésében al-kalmazható lehet az exogen hu-man interferon, természetesen más preventív eljárással kombinálva. Meg kell azonban várni, hogy az új, koncentrált és igen hatásos szövettenyészet-oltóanyagok nem teszik-e feleslegessé a kiegészítő eljárásokat.

3. Befolyásolja-e az interferon a manifest lyssát?

Állatkísérletekben a kombinált kezelés hatástalan volt. Mivel azonban az emberi lyssa körlefo-lyása az állat veszettségének 1—3 napjával szemben hosszabb, 4—14 nap, ebben nem zárható ki a hu-man interferon kedvező hatása.

Brasch György dr.

**Emberi diploid sejtenyészeten előállított, tisztított lyssa-oltó-
anyaggal nyert tapasztalatok em-
beren.** Lehmann, H. G. és mtsai (Behringwerke AG, D-3550 Marburg/Lahn): Münch. med. Wschr. 1978, 120, 289—292.

Az emberi diploid sejtenyészeten előállított lyssa elleni oltó-
anyag *Majer, M. és mtsai* (Münch. med. Wschr. 1978, 120, 287.) által tovább tisztított készítményével (Lyssa-HDC-Vakzine, Behringwer-ke AG, Marburg) nyert első ered-ményekről számolnak be.

A booster oltás egy injekcióból áll, az addig védetlen személyek prophylaktikus oltása háromból (a 0., 7. és 21. napon). Az expozíció utáni oltások száma 4 (a 0., 3., 7. és 21. napon), illetve 6 (a 0., 3., 7., 14., 30. és 90. napon).

Három injekció után 2 héttel 1: 100—1: >1000 közötti titerértékben mutattak ki neutralizáló antitesteket. A konverziós ráta 100%.

Egyidejűleg alkalmazott pasz-szív immunizálás nem gátolta az aktív immunválaszt.

Az oltottak mintegy fele kérdő-íves feldolgozás során mellékha-tást nem jelzett, a többiek általá-nos és lokális (rövid ideig tartó enyhe bőrpír, duzzanat) tüneteket panaszkodtak (orvosilag nem ellen-őrzött, szubjektív adatok). Erősebb helyi reakciókat (egy napnál to-vább tartó fájdalom, pír, duzzanat, 38 C-fok feletti láz) csak 2—3%-ban figyeltek meg.

Más reakciót eddig nem észlel-tek, és mivel a vaccina encephali-togen proteint nem tartalmaz, ko-moly idegrendszeri szövdmények-re nem kell számítani.

Brasch György dr.

**Új oltóanyagokkal nyert ta-pasztalatok a lyssa elleni védő-
kezelésben.** Helm, E. B. és mtsai (Zentrum der Inneren Medizin der Universität, Theodor-Stern-Kai 7, D-6000 Frankfurt/M. 70.): Münch. med. Wschr. 1978, 120, 293—296.

Tizenöt év alatt, 1961—1976 kö-zött 3419 személy jelentkezett állo-másukon lyssa elleni védőoltásra. Annak eldöntése, hogy az oltás szükséges-e, két tényezőtől függ: 1. az emberrel kapcsolatba került ál-lat egészségi állapotától, 2. a kon-taktus módjától.

Jó együttműködés szükséges az állatorvosokkal. Az oltás indiká-cióját a WHO előírásai alapján kell felállítani. 1091 embert része-sítettek védőoltásban.

1966-ig csaknem kizárólag Hempt-vaccinával (Behring) oltottak (7 dosis), 1967—1974 között túlnyomó-részt kacsatojás-vaccinával (Bern, később Behring, 14 dosis), azóta növekvő mennyiségben HDC (Hu-man Diploid Cellkultur) — oltó-anyaggal (6 dosis).

Az oltások felét Hempt-vacciná-val végezték. 77 esetben észleltek mellékhatásokat, köztük súlyos ál-talános reakciókat (12) és idegrend-szeri szövdményeket (7).

A kacsatojás-vaccinával oltottak (437) közül a fentiek 10, ill. 3 esetben fordultak elő, és igen gy-a-koriak voltak a lokális reakciók (fájdalom, bőrpír, regionalis nyi-rokcsomó-duzzanat).

HDC-vaccina Mérieux-t eddig 213, HDC-vaccina Behringet pedig 51 személyen alkalmazták. 1976 végéig a Mérieux-vaccina mellék-hatásai nagyon ritkák voltak: 48 órán belül elmúló lokális reakció-kat mindössze 5 esetben, Behring-vaccinától viszont 19-ben láttak. Nem számítanak komoly szövdményeknek.

Enyhe általános reakciót (le-vertség, hőemelkedés) mindkét oltóanyag kb. azonos gyakorisággal okozott. Középsúlyos általános reakciót (magas láz, súlyos beteg-ségérzés) 1976 végéig a 133 Mé-rieux-vaccináltból csak 3-ban ész-leltek, míg 1977 első 4 hónapjában 80-ból 6-ban. Egy súlyos általános reakciót (magas láz, thrombocyto-penia) figyeltek meg ugyanebben az időszakban Mérieux-vaccina al-kalmazása során. További vizsgá-latok hivatottak tisztázni, hogy nem meglevő alapbetegség okoz-ta-e a szövdményt. Idegrendszeri komplikációt egyik HDC-vacciná-tól sem láttak. Halálos végű szö-vdményt szerencsére nem észlel-tek.

A HDC típusú oltóanyagok nagy előrehaladást jelentenek a lyssa

elleni védekezésben; igen pozitív tapasztalataik ellenére az a véleményük, hogy alapos indikáció nélkül nem szabad oltani.

Expozíció utáni védőoltásokon kívül e vaccinák alkalmasak az igen vesélyeztetett személyek (általorvosok stb.) praexpositiós védőoltására is. *Brasch György dr.*

Ideg- és elmegyógyászat

Depressziók. Scharfetter, C., Angst, J.: Dtsch. med. Wschr. 1978, 103, 913–917.

Az emberi élet velejárójaként tekinthető szomorúságot, lehangoltságot, aktuális kedvetlenséget — *deprimáltsági állapotokat* — a klinikai értelemben vett *depressziós szindrómáktól* el kell különítenünk. Az utóbbiakra a szomorúság és a kedélyi nyomottság mellett az eufóriára és az öröme való képzetlenség, bizonyos vitális színezetű közérzetváltozás és — gyakran — a tematikailag meg nem határozott szorongás jellemző. Sokszor a belső üresség és érzelmenélküliség érzése is társul a tünetsoporthoz. A vitális lendület elvesztése, az energiátlanság, az általános csodézés és az ezek felett való kétségbeesés és reményvesztettség, az elhatározás képzetlensége, a gyakori önvádak, valamint az ön-értékek devalválódása azok, amelyek az érintetteket az öngyilkosságba is sodorhatják. Némelykor a hipochondriás aggályoskodásból táplálkozó önmegfigyelés, a pesszimista képzetáramlás megtapadásához csatlakozó skrupulizálás, továbbá a koncentrációs szellemi műveletek, a gondolkodás és az emlékezési tevékenység gátoltságából valamint az érzelmek rezonáns megélésére való képzetlenségből származó elégtelenségérzések kerülnek a panaszok középpontjába. A ritkán jelentkező elidegenedés benyomásokat az élmények érzéki töltésében bekövetkezett energia-deficittel magyarázzuk. Az időélmény gyakorlatilag minden depresszióban változik a meglassúbbodás irányában. A gyakori „testi-tünet”-ekre is oda kell figyelünk: a bőr turgorának csökkenésére, a haj szárazabbá válására, a száj kiszáradására, az étvágycsökkenésre és székrekedésre, a globus- és teltségérzésre, az alvászavarokra, a libidócsökkenésre stb. A hallucinációk igen ritkák, s csak a súlyos állapotokat kísérik: jobbra pesszimista tartalmú víziókról, ízlés- vagy szaglásbeli tévérzékelésekről, esetleg fenyegető „hanghallások” előfordulásáról van szó. Viszont többször találkozunk — súlyos betegeinknél — tévelyélményekkel, melyek általában hipochondriás tartalmakat, az elkarhózástól vagy az elszegényedéstől való félelmeket reprezentálják megingathatatlan tévítéletek formájában.

A depresszív szindrómák újabb nemzetközi felosztása (I. C. D.-nomenklátúra) az affektív pszichózisok bipoláris (psychosis maniaco-depressiva) és monopoláris formáit különbözteti meg. Az utóbbi kategória a periódikus endogén és az involúciós depressziókat foglalja magában. A reaktív és neurotikus képeket, továbbá a depresszív szerkezetű alapszemélyiségeket e regiszter élesen határolja el.

A WHO-statisztika a depressziós tünetcsoportok gyakoriságát mintegy 3%-ra becsüli. Az affektív pszichózisok előfordulása — tekintettel az eltérő diagnosztikus konvenciókra — az egyes országokban különbözik: 0,3–2,5% között ingadozik. Míg a bipoláris formák esetében a férfiak és nők megoszlása közel azonos, addig a monopoláris képek esetében az arány 1:3. Az először jelentkező reaktív és neurotikus depressziók a fiatal és a változó korba jutott korosztályok soraiban a leggyakoribbak. Az affektív pszichózisok incidenciájának tetőzése a 45–55. életévek közé esik. Az utóbbiak kiváltásában a „szomatikus tényezők” (kamaszkor, gyermekágy, szoptatás, klimakterium, lázas betegségek stb.) mintegy 10%-os, a „provokatív pszichés tényezők” kb. 10–30%-os előfordulással szerepelnek.

Az öngyilkosságoknak mintegy 2/3-a hozható kapcsolatba a depressziós állapotokkal, elkövetőik 10–15%-a az affektív-pszichotikus soraiból kerül ki. A WHO adatai szerint az öngyilkosságok száma a legalacsonyabb az arab országokban, s a legmagasabb Nyugat-Berlinben (a különbség közel négyszázszoros).

Az endogén depressziók transzkulturális vonatkozásait tekintve szerzők az ún. „kultúrstabil” tengetyűtűnetektől (mint pl. a devitalizáció, a hangulat napszaki ingadozása, az alvászavarok, az érdeklődéscsökkenés, az érzémi gátoltság stb.) a „kultúrától függő” tüneteknek (mint pl. a hipochondriás, elszegényedés, elkarhóztatásos téveszmék, önvádak, paranoid élményfeldolgozások stb.) való elkülönítést ajánlják. Az utóbbiak változékonyságára nézve számos illusztrációt adnak. Így pl. — közlésük szerint — a japán kultúra különösen kedvez az önvádas tematikák kibontakozásának, melyek szinte teljesen hiányoznak a muzulmánok köreiből jelentkező depressziós képekből. A tünetek ún. „szomatizáció”-ja különösen Afrikában, Kínában, Indiában és Pakisztánban gyakori. Az elszegényedéses tévelytartalmak megjelenésének az anyagi bázisra fokozott mértékben építő szociális értékskála kedvez. A mágikus befolyásoltatásos és az elkarhóztatásos tartalmak kialakulásának a primitívebb műveltségi szint preferáló feltétele. A közelálló személyek elpusztításával együttjáró öngyil-

kossági formák (az ún. „kiterjesztett öngyilkosság”) száma különösen Japánban jelentős.

Simkó Alfréd dr.

A depressziós gyermek. Nissen, G. (Abteilung für Psychiatrie und Neurologie des Kindes- und Jugendalters im Humboldt-Krankenhaus Krankenhausbetrieb von Berlin-Renickendorf): Mschr. Kinderheilk. 1978, 126, 463–471.

A depressív állapotok gyermekkorban gyakran felismerhetetlenek. A gyermekkorban abnormis viselkedések 2–3%-ban mérsékelt vagy súlyos depressív állapotokat takarnak. A különböző neurotikus, constitutionális, endogén vagy exogén depressziók sokkal nehezebben differenciálhatók el egymástól, mint felnőttkorban, mert a depressív tünetek fejlődésükben sokban módosulnak.

Kisgyermeken ezek az állapotok rendszerint psychosomatikus tartalommal rendelkeznek, ugyanakkor iskoláskorban a pszichológiai és psychosomatikus tünetek keverednek. Serdülőknél a pszichológiai eredetű depressív symptomák dominálnak.

A gyermekpsychiater nézőpontja szerint a gyermekkori depressziók mint „primer” depressziók jelentkeznek, melyeket atípusos tünetek jellemeznek. Ugyanakkor atípusos felnőttkori depressziók „secunder” depressziók gyanánt szerepelnek. A larvált depressziók ezekben az életkorokban „regressív formát” képviselnek.

A nosológiai classificatio a következő csoportokat különbözteti meg: 1. milió-reaktív (psychogen, neurotikus) depressziók, 2. constitutionális (psychopathiás) depressziók, 3. endogen-fázisos (monovagy bipolaris) depressziók és 4. exogen (organikus megalapozottságú) depressziók.

Ad 1. Az összes gyermekkori depressziók mintegy 70–75%-a milió-reaktív. Ezek az állapotképek a csecsemőkorban mint anaklitikus depressziók (*Spitz*) fordulnak elő (akut separációs shock) (*Bowlby*). Később mint „iskoladepressio, vagy stress-depressio” jelentkeznek. A szülőktől való „távollét” később más formában mint „Entlastungsdepression” jut kifejezésre. A neurotikus depressziók megfelelhetnek a későbbi felnőttkori neurotikus depressziók fragmentjének.

Ad 2. A constitutionális (psychopathiás) depressziók tulajdonképpen alkati „adottságok” talaján kifejlődő depressziók, melyet pesszimizmus, szkeptikus életszemlélettel járnak, számos esetben „neurotikus-psychopathiás constitutióról” van szó.

Ad 3. A valódi endogen-fázisos (monovagy bipolaris) psychosisok (maniás-depressív megbetegedés, cyclothymia) szerencsére nagyon

ritkán fordulnak elő, csak szigorú diagnosztikus kritériumok alapján állapítható fel diagnózis.

Ad 4. Exogen depressív állapotok (epilepsiákban, endokrin állapotokban, fertőzésekben, mérgezésekben, koponyasérülés után, vagy reconvalescentiában stb.). Hasonlóképpen, mint a chromosoma-aberrációkban (M. Turner, M. Klinefelter) vagy heredodegeneratív megbetegedésekben (pl. Huntington chorea, Stutte).

A depressív állapotok kezelésében fontos a psychotherapia, a célzottan megválasztott antidepressívumok, valamint a psychopharmakonok alkalmazása. A környezet által indukált depressív állapotokban miliótherapia, exogen depressiókban az alapbetegség lehetőség szerinti kezelése. Az endogen-fázisos depressív állapotokban a psychotrop gyógyszerek alkalmazása áll az előtérben.

(Ref.: A közlemény igen alkalmas arra, hogy a téma iránt érdeklődő — ha távirati stílusban is — de átfogó képet nyerjen a gyermekkori depressív állapotokról és hozzásegíthet bennünket azok mind jobb felismeréséhez, és így eredményesebb kezelésükhöz.)

Kovács Miklós dr.

Cerebralis arteriovenosus malformatio és az art. trigemina persistens. Appurao Jayaraman és mtsai: Arch. Neurol. 1977, 34, 96—98.

Egy 27 éves nő esetét közlik. akin subarachnoideális vérzés lépett fel, kicsiny cerebralis arteriovenosus malformatio és art. trig. persistens mellett.

Az eset és az irodalom áttekintése alapján feltételezik, hogy az art. trig. persistenssel rendelkező betegeken leírt néhány „spontán” subarachnoideális vérzés fel nem ismert kis arteriovenosus malformatio, vagy aneurysma következménye lehetett.

Lajtavári László dr.

Ophthalmoplegiás migrain csecsemőkorban. Robertson, W. C. és mtsai (Departments of Pediatrics and Neurology, University of Wisconsin, Madison): Pediatrics 1978, 61, 886—888.

Gyermekekben izolált n. oculomotorius bénulás viszonylag ritkán fordul elő. Legtöbbször congenitalis, vagy trauma okozza. Vascularis fejfájás ritka szövődményeként jelentkezhet az ún. ophthalmoplegiás migrain-ben. Az ilyen esetekben csecsemő- és gyermekkorban komoly differenciáldiagnosztikus problémák merülhetnek fel. Szóba jöhet: Tolosa-Hunt-szindróma, gylladási állapotok, trauma, congenitalis aneurysma. Myasthenia gravisban az egyoldali n. oculomotorius bénulás fájdalmatlanul jelentkezik. Poly-

neuritisben a fejfájáshoz esetenként társuló agyidegkárosodások ritkán érintik kizárólag a n. oculomotoriust.

A szerzők 12 hónapos leánycsecsemő betegén hirtelen hányás, ingerlékenység után jobb oldali izolált n. oculomotorius bénulás jelentkezett. Ezen kívül organikus neurológiai körjele nem volt. Az elvégzett laboratóriumi liquorté-nyesztési vizsgálatok, EEG, rtg-vizsgálatok, computerizált axialis tomographia normális eredményt mutattak. Figyelemre méltó adat, hogy a beteg családjában több migraines volt.

A phenobarbital terápia eredménytelensége után propranolol adagoltak, mire állapota fokozatosan javult, csak enyhe maradványtünetek voltak kimutathatók a n. oculomotoriust illetően.

Walsh és O'Doherty szerint az ophthalmoplegiás migrain az oedemas carotis nyomása következtében jön létre.

Az utóbbi években számos közlés jelent meg a propranolol jó terápiás hatásáról, elsősorban prophylaktikus alkalmazását illetően.

Kovács Miklós dr.

Mellkas kimeneteli szindróma („thoracic outlet syndrome”). R. G. Lascelles és mtsai (Department of Neurology and Vascular Surgery, Manchester): Brain, 1977, 100, 601—612.

(Ref.: A nálunk használatos scalenus anterior, costoclavicularis, hyperabductiois szindrómákat az angolszász irodalomban „thoracic outlet syndrome” elnevezéssel vonják össze.)

27 nő és 4 férfibeteg esetét ismertetik, megvitatják a klinikai képet, a kórokat és a sebészeti kezelés eredményeit.

A „thoracic outlet syndrome” diagnózisa elsősorban klinikai: fájdalom, a kézfej színváltozásai, radicularis típusú érzéskiesés és izomgyengeség jellemzi, intakt ín-reflexekkel, a tünetek tractiós provokálhatóságával.

Rtg-felvételeken kívül egyéb vizsgálatoknak nincs nagy szerepe a diagnózis felállításában, bár az EMG és idegvezetési sebesség mérés értékes lehet carpal tunnel szindróma kizárására.

A tünetek a szomszédos anatómiai struktúrák neurovascularis kötegre gyakorolt mechanikus hatásával (compressiójával) magyarázhatók, melyre a lehetőségek: a) komplett nyaki borda; b) inkomplett nyaki borda, az első bordáig haladó éles szalaggal; c) a C₇ processus transversusától az első bordáig haladó kemény fibrosus szalag; d) kevésbé formált szalagok, melyek elmeszesedett Sibson fasciától (= fascia colli prof.) a C₇ proc. transversusáig és az első bordáig haladnak; e) m. scalenus minimus.

A betegeket vezető tüneteik alapján négy csoportba osztották: elsődlegesen vascularis, neurológiai, kombinált, illetve fájdalom és paraesthesia egyedül.

Radiológiai rendellenességet a betegek többségén észleltek, a műtétnél mindannyiuknál strukturális károsodás látszott. 29 betegen történt műtét, miután a transaxillaris első borda resectio nem teszi lehetővé a comprimáló struktúrák vizualizálását, supraclavicularis feltárást történt scalenotomiával és egy esetben sem tartották szükségesnek az első borda resectióját.

A műtétek eredményeként kifejezetten javultak a vascularis tünetek, csökkent a fájdalom és a paraesthesia és enyhe, de határozott javulás történt az izomerőben.

Lajtavári László dr.

Sinus sagittalis superior thrombosis. M. Denis és mtsai: Arch. Neurol. 1977, 34, 2—6.

Angiographiával igazolt sinus sagittalis thrombosis 7 esetét írják le.

A tapasztalatok alapján az anticoagulansoktól való tartózkodást javasolják. Véleményük szerint jobban meg lehet bízni az oedemas csökkentő és anticonvulsiv szerekben.

Lajtavári László dr.

Symptomás intracranialis „steal” jelenség. V. Hachinski és mtsai (Sunnybrook Medical Centre, Division of Neurology, Toronto): Arch. Neurol. 1977, 34, 149—153.

A különböző intracranialis laesiókkal kapcsolatban fellépő „shunt” jelenség jól ismert, azonban a klinikai tünetek okaként rendszerint a laesio helyének és nem a regionalis agyi keringés redistribúciójának tulajdonítunk jelentőséget. 3 esetet közölnek, ahol angiographiás és agyi keringésvizsgálatok történtek.

A klinikai tünetekért az első esetben egy hemisphaeriumon belüli, a másodikban hemisphaeriumok közötti, a harmadikban az agyállományból a tumorba történő haemodynamikus „steal” jelenség volt a felelős.

Lajtavári László dr.

Kettős vak kísérlet valódi és „szimulált” elektroshock kezeléssel depressív betegeken. C. P. L. Freeman, J. V. Basson, A. Crichton: Lancet, 1978, I, 738.

Az edinburghi pszichiatriai klinikán 40 súlyosan depressív beteget két csoportba soroltak. Valamennyi betegnek az elektroshock kezelését abszolút javalltnak tekintették. Az egyik csoport betegein a kezelést minden esetben szabályos módon, rövid narkózisban, relaxans alkalmazásával, he-

tente kétszer, összesen átlagosan 6 alkalommal végezték el.

A másik csoport betegein az első két kezelés csak „szimulált” elektroshock volt, ti. az összes egyéb körülmény változatlanul hagyásával ezek a betegek nem kaptak áramütést.

A szerzők célja az összehasonlítással annak bizonyítása volt, hogy az elektroshock-kezelés a depressiónak valóságos gyógyszere, és a hatás elérésében az elektromos áramütésnek döntő szerepe van. Az elektroshock ellenfelei gyakran állítják, hogy ez a „tudományosan megalapozatlan”, „kegyetlen”, kezelés csak az ijedelem, a fokozott törődés és egyéb nem specifikus faktorként állhat.

Természetesen hitelesebb bizonyítékokhoz juthatunk volna, ha az egyik csoportban nemcsak az első két, hanem valamennyi kezelést szimulált módon alkalmazták volna. Etikátlan lett volna azonban a betegek egyik csoportját megfosztani a gyógyulás lehetőségétől.

A szerzők Hamilton, Wakefield és Beck-féle önbecsülési skálák segítségével a kezelés előtt, két és négy kezelés után és a kezelési sorozat végén regisztrálták betegeik állapotát. A „valódi” kezelést kapott betegek depressziója és szorongása már az első két kezelés után oldódott. Ilyen változás a „szimulált” ES csoportban nem volt. A „valódi” kezeléssel csoport állapotát folyamatosan javult, a „szimulált” kezeléssel csoport állapotát csak a 4. kezelés (azaz az első két valódi kezelés) után kezdett javulni és a teljes tünetmentességhez ennek megfelelően több kezelésre volt szükség, mint az előző csoportban.

A Hamilton és Wakefield skálák szétbontásával feleletet próbálnak kapni arra a kérdésre is, hogy vajon az ES csak az anxiétást csökkenti-e, vagy a deressziót oldja. Az önbecsülési skálák tanúsága szerint az ES elsősorban az anxiétást csökkenti, ezt az eredményt azonban a skálák bizonytalansága miatt óvatossággal kell kezelni.

(Ref.: az elektroshock-kezelés helyzete széles körű és szakmától sokszor távol álló körökben is vita tárgya. A nagy-pszichiatriai körök egyetemes álláspontja, hogy az ES kezelés hasznos és eredményes, kevéssé káros és hatása nem „pszichológiai” jellegű. Az ES kezelés problémakörével 1975-ben az Ideggyógyászati Társaság sümegei konferencia-konferenciáján részletesen foglalkozott.) Fenyvesi Tamás dr.

Dietetika

Hiperlipémia és hiperurikémia esetén tartandó diéta. Rath, R., Paukertová, M.: Výchova Lidu 1976, 19, 82–84.

Az elhízás kísérője a vérlipidek értékeinek emelkedése és a húgy-

savszint emelkedése is. A koleszterin és triglyceridek az ateroszklerotikus és isémiás megbetegedési komplikációkhoz vezetnek, amiből főleg szívinfarktust és agyszélhűdés származhat. A magasabb húgysavszint vesekőképződéshez és vesekólikához vezet. Ennek csökkentése a pH értékét a savas kémhatás felé tolja át súlycsökkenés esetén.

A diéta a következőkből áll: 1. a táplálék kalóriaértékének csökkentése, 2. a purinok bevitelének korlátozása, 3. a lipidek mennyiségének csökkentése.

A redukciós diéták általában több purinanyagot tartalmaznak, mint a szokásos étrendek, mert nagyobb bennük a fehérjék részaránya. A fenti diétánál tehát még a következőket kell figyelembe venni: 1. A diéta alapját az alacsony kalóriaértékű ételek képezik, melyek legyenek laktatók, hogy éhségérzet ne lépjen fel. 2. Sovány húsokat fogyasszon a diétázó. 3. Tilos minden állati eredetű zsiradék fogyasztása (vaj, zsír, szalonna, zsíros húsok). 4. A diétázó fogyasszon növényi olajokat (napraforgó, szója). 5. Az ételeket zsiradék nélkül készítsék, a növényi olajat a már kész ételhez tegyék hozzá, hogy a hőhatást ne csökkenthesse értékeit. 6. A húsokat pótolja fehérjékkel, sovány túróval, sajttal, tojáshéjjal. 7. Az ételeket inkább főzve, párolva fogyassza, mint sütvén. 8. Főzeteket, húsleveseket, erőleveseket ne fogyasszon, mert azoknak sok nemkívánatos kiegészítőanyaga van. 9. Tilos a belsőség, hering, szardella, szardínia és hűskivonatok fogyasztása, tilos továbbá a borsó, lencse, bab, paraj, füge, zöldborsó, karfiol, erős kakaó, erős tea, kávé, alkoholos italok, fűszerek (bors, paprika, babérlevél), cukor, dzsem, mész, cukorkák, tejszínhab, tejföl, tészták.

Most már az a kérdés, mit szabad ennie a diétázónak. Sok mindent: keserű teát, kenyeret, kiflit, zsemlet, napraforgóolajjal készült ételeket, tojást, túrót, gyümölcsöket (banánt, narancsot, almát, grapefruitot stb.), zöldségfélék közül a nem említetteket, húsból a fiatal állatok húsát (borjúhúst, nyúlhúst, baromfit, halat, vadat), savanyú tejtermékeket, burgonyát, rizst. Ajánlott levesek: köménymagos leves, paradicsomleves, karfiolleves, káposztaleves, vegyes zöldségleves, kelkáposztaleves.

Ajánlott saláták és főzelékek: paradicsomsaláták, karottafőzelék, rizottó.

A húsokat ajánlatos teflonban elkészíteni, s akkor lehet enni sült nyúlhúst, marhahúst, pontyot, őzhúst, továbbá főtt marhahúst, omlettet stb.

A diéta betartásának jutalma az egészség helyreállása.

Árva György dr.

Az esszenciális zsírsavak szerepe táplálkozásunkban. Fragner, J.: Výchova Lidu 1976, 19, 36.

Napjainkban, amikor a fogyókúra szinte divattá, mozgalmá szelődik, fel kell hívni a figyelmet arra, hogy az esszenciális zsíradékfelvétel tartós hiánya úgynevezett zsíradékhiány-szindrómát idézhet elő. Tünetei a következők: 1. a növekedés lelassulása vagy megállása, 2. bőrkárosodás, ekcéma, 3. akrodermia, 4. a veseműködés károsodása, 5. hematuria, 6. a reprodukálás csökkentése, 7. a stressz-szel szembeni ellenállás csökkenése stb. 8. A Burr-szindrómában szerepe van egyes telítetlen zsírsavak, mint pl. a linolsav és linolensav hiányának.

A zsíradékhiányt úgy fogták fel a szakemberek, mint vitaminhiányt. Eleinte „F-vitamin” néveztek a faktort (Evans, Lepkovsky, Mrs. Murphy) és 1934-ben ezt az elnevezést javasolták is elfogadásra, de már 1939-ben kizárták a hivatalos szóhasználatból. Ma az F-vitamin megjelölés helyett az arachidonsav, linolsav és linolensav megnevezést használjuk. Ezeket vitagéneknek nevezzük.

(Ref.: A vitagénekre érvényes mindaz, amit a vitaminokról tudunk: szerves anyagok, amelyeket a szervezet nem képes előállítani, tehát táplálékkal kell magunkhoz vennünk, katalizátorokként szerepelnek bizonyos életfolyamatokban az anyagoknak energiává való átalakításában, lényegesek a reprodukcióban és a metabolizmusban, de különböznek is a vitaminoktól abban, hogy a szövetek aktív építőanyagai, energidát szolgáltatnak, és hiányukat a diagnózisnál nehezen fedezik fel, pedig a hiányuk által kiváltott szindrómákban jellegzetes szerepük van).

Árva György dr.

A baromfihús a táplálkozásban és gyógytáplálkozásban. Wronowski, S.: Przegląd Gastro-nomiczny, 1977, 32, 24–25.

A diatetika érdeme, hogy feltárta a baromfihús egyszerű táplálkozási értékeit. Igaz, hogy a baromfihúst sokan kedvelik, mert nagyon ízletes ételek készíthetők belőle, de táplálkozási szempontból kíváncsiak volna, hogy a marha- és sertéshús helyett is nagyobb mértékben fogyasszák az emberek. A betegeknek pedig tudatosan kellene fogyasztaniuk a baromfihúst, mert nemcsak táplál, hanem gyógyászati hatásokkal is rendelkezik.

Baromfihús alatt ugyan nemcsak a csirkehúst vagy tyúkhúst értjük, hanem a kacsa-, liba-, pulyka-, gyöngytyúkhúst is, vagy a vad szárnyasok közül a fácán-, fogoly- stb. húst is, mégis táplálkozási szempontból a legelőnyösebb a csirkehús, abból is a sovány csirkehús, mert pl. 100

gramm sovány csirkehúsban 4,0 g zsiradék és 22,8 g értékes fehérje van, amely elsősorban a máj számára fontos védőanyagot tartalmaz, ezzel szemben a zsíros csirkehúsban 11,5 g zsiradék és csak 19,8 g fehérje van. A kacsahúsban — s ez közkedvelt étel — sok a zsiradék, akár sovány (22,9 g), akár kövér (37,0 g), viszont kevés a fehérje: kövérben 13,0 g, soványban 17,5 g. A libában még ennél is kevesebb a fehérje (kövér: 12,2, sovány: 16,9), a zsír pedig túl sok benne (soványban: 22,8 g, kövérben 29,8 g).

Marad tehát a csirkehús, mint amelyet ajánlani lehet akár kinek, de leginkább a fogyókúrázóknak és diétázóknak, mert a csirkehús-fogyasztásnak a következő előnyei vannak:

1. Fehérjékben gazdagabb minden más húsfajtánál, és fehérjét könnyen dolgozza fel a szervezet.

2. A csirkehúsban tartalmazott zsiradékot a szervezet könnyen szintetizálja és 93%-át feldolgozza. Nagyon sok telítetlen zsírsavat tartalmaz, különösen linolsavat, kb. 20 grammot 100 gramm zsírmennyiségben, s erről tudjuk, hogy esszenciális zsírsav, és éppen ezért hatalmas szerepet játszik a *hiperkoleszterinémia* elleni védekezésben.

3. Ami az esszenciális aminosavakat illeti, a baromfihús, főleg a csirkehús bőven tartalmaz lizint, amely komplettálja a gabonaművekből készült, lizinben szegény ételeket. Mint azt állatkísérletekben bebizonyították, a baromfihús aminosavainak biológiai értéke magasabb, mint a marha- vagy sertéshúsé, bár a marhahús aminosav-összetétele bizonyos más vonatkozásban jobb. Nemzetközi mértekegységgel (Net Protein Utilization NPU) mérve, a következő arányokat kapjuk: baromfihús fehérje-kihasználása, értékesítése 71,0%, I. osztályú sertéshúsé 80,0%, III. o. sertéshúsé 60,0%, I. o. marhahúsé 57,4%. Nem lehet eléggé hangsúlyozni, hogy ezen kívül a baromfihús még kevesebb kollagént is tartalmaz, mint a marhahús (70%, ill. 20%). A kollagén-tartalom kisebb aránya a technológiai tulajdonságokat is nagymértékben javítja, mert az elkészítés ideje rövidebb, a baromfihús hamarabb fő, sül, pirul, mint más hús.

4. Ásványi anyagok tekintetében is értékes a baromfihús: ha a sovány csirkét vesszük alapul, annak húzában (100 grammot véve alapul) van 12 mg kalcium, 200 mg foszfor, 1,5 mg vas és 29 mg magnézium. A kövér csirkében 10 mg kalcium, 170 mg foszfor, 1,3 mg vas és 37 mg magnézium van. Ha azonban valakinek nagy vastartalmú étrendet akarunk ajánlani, akkor a pulykát kell ajánlani, mert húzában majdnem 1,5-ször több a vastartalom, mint a borjú-, sertés- vagy marhahúsban (3,8 mg; ezzel szemben a borjúhúsban 3,0

mg, az I. o. sertéshúsban 1,4 mg, az I. o. marhahúsban pedig 2,2 mg vas van).

5. Vitamintartalom tekintetében is előnyös a baromfihús-fogyasztás: a B-vitamin csoport gazdagon van képviselve benne. Vegyük alapul a sovány csirkét: 100 grammonként 0,170 mg B₁-vitamin, 0,160 B₂-vitamin, 8,10 mg PP-vitamin, és 0,40 B₁₂-vitamin, 8,10 mg PP-vitamin, és 0,40 B₁₂-vitamin van benne.

Ez azt jelenti, hogy, ha valaki elfogyaszt 10 dekagramm csirkehúst, az fedezi a B₁- B₂- és B₁₂-vitaminszükségletének 1/10-ét aznapra. Ugyanezt mondhatjuk kb. a PP-vitamin és B₆-vitaminszükséglet fedezésével kapcsolatban is.

És ha már a napi szükséglet fedezéséről esett szó, tegyük hozzá, hogy ugyanazon 10 dekagramm baromfihús elfogyasztásával biztosítottuk a napi állati fehérjeszükségletünk felét és a napi vasszükségletünk 1/3-1/8-át.

Összefoglalásként leszögezhetjük, hogy a baromfihús-fogyasztás mind az egészségeseknek, mind a betegeknek nagyon előnyös, s éppen ezért örül a szerző annak, hogy Lengyelországban az egy főre eső baromfi-fogyasztás 3,2 kg-ról 6 kilogrammra emelkedett 1972—1975-ben, és 1980-ban el fogja érni a fejenkénti 12 kilogrammot, amittől a lengyel egészségügyi kormányzat azt várja, hogy az egészségesek egészségesebbek lesznek, számos betegséget meg tudnak előzni, és a betegek, lábadozók eredményesebben gyógyulnak, erősödnek, ha megfelelő mennyiségben fogyasztanak baromfihúst.

Árva György dr.

Mennyi magnéziumra van szüksége az emberi szervezetnek naponta? Ošancová, K.: Výchova Lidu, 1978, 33, 58—60.

Régen tudott dolog, hogy ahol a lakosság kemény vizet fogyaszt, ott kevesebb a szív- és érbeteg, sőt a daganatos megbetegedés is, mint azokon a területeken, ahol lágy vizet fogyasztanak. Sokáig a vízben tartalmazott kalciumnak tulajdonították ezt a védőhatást, majd rájöttek, hogy a kemény víz több magnéziumot is tartalmaz. Végül egy állatkísérlet eldöntötte a kérdést, a desztillált vizet kapó kísérleti állatoknál magnéziumhiány következett be, szív- és érmegbetegedés alakult ki, amely azonban Mg adással megszüntethető volt.

A kérdés most már az, mi a Mg szerepe az emberi szervezet egészségének a biztosításában és mennyi a naponta szükséges adag.

Annyit már a legfejlettebb ipari országokban is megállapítottak, hogy a lakosság a táplálék révén nem jut hozzá a naponta szükséges Mg mennyiséghez; ennek egyik oka a modern intenzív földművelés, amelynek következtében a ta-

lajban egyre kevesebb a nyomelem, köztük a Mg, a másik oka az ételfeldolgozásban rejlik és abban, hogy az emberek kevés zöld terméket fogyasztanak, márpedig a Mg a klorofil egyik összetevője.

A Mg-hiány elsősorban stressz-állapotokban válhat veszélyessé. Ilyes stressz-állapotok lehetnek a fertőzések, járványok, traumák, de metabolikus stresszt jelent, például a finomított cukorfélék nagymértékű fogyasztása, és immár másfél évtizede a fogamzásgátlók szedése is.

Az emberi test 25 g Mg-t tartalmaz. Ennek több mint fele a csontokban helyezkedik el, a többi az izmokban, vesékben, a szívben és a májban. A vér Mg-tartalma kb. 3 mg/100 ml.

A Mg-nak igen fontos funkciói vannak a szervezetben, főleg a csontképzésben, egyes enzimek képződésében, az izomösszehúzó-dásban, a foszforsav metabolizmusában és fontos az idegrendszer normális működéséhez is. Hiánya görcsöket, sőt tetániát is okozhat.

A Mg napi szükséges adagja tehát 0,3 gramm, gerekeknél még több! Egy 3500 g-os újszülöttnél 10 mg Mg-ra van szüksége testúlykilogrammonként; ezt a mennyiséget megkapja 350 ml anyatejben vagy 130 ml tehéntejben. Az 1 éven aluli csecsemőknek 8—10 mg, 1—15 éves korig 12 mg, serdülőknek 18 éves korig 10 mg és felnőtteknek 5 mg Mg-ra van szükségük naponta és tskg-onként.

Csecsemőkben a hasmenés Mg-hiányt idézhet elő, ezért ilyen esetekben a veszteséget pótolni kell.

A Mg fontos szerepet játszik az ember életében, fejlődésében a magzati élettől élete végéig, szükség van rá a csontképződéshez, az egészséges fogor kialakulásához, az izmok, köztük a szívizom normális működéséhez, a szív- és érbetegedések megelőzéséhez, az érelmeszesedés megelőzéséhez, a szív-koszorúerek szabályos munkájához, jó állapotához, a trombózis megelőzéséhez, a magnézium (a kalciummal együtt) védő faktor a karidotoxikus anyagok ellen, az elegendő Mg garantálja a normális vérnyomást, megelőzi a szív-izominfartust, a szív-ischaemiát és egyáltalán védi a szívet minden fajta lézió ellen, megelőzi a szív-izomhalált (ahol ugyanis magnéziumhiány van, az a szívizomrész elhal), de a Mg kedvezően befolyásolja a vérlepedeket is, mert csökkenti a béta-lipoproteinek arányát és növeli az alfa-lipoproteinekét. Normalizálja a véréralvást és így megakadályozza a trombósa képződését. A magnéziumnak értágító hatása van, stabilizálja a fibrinogéneket és vérlemezkéket, megakadályozza, hogy a vérben a kalciummal való kompetíció révén véréralvadás következék be. A Mg növeli a lecitin/koleszterin arányt és csökkenti a koleszterin-aemiát.

A Mg szükségletet növeli az alkoholfogyasztás, a D₂-vitaminban bővelkedő táplálékok, zsíros ételek fogyasztása, betegség, fogamzásgátlók szedése, különféle stresszhatás stb. A nehezebb fizikai munkát végzőknek, sportolóknak is, több Mg-ra van szükségük. A nőknek azért van szükségük kevesebb magnéziumra, mert testsúlyuk is kisebb. A nők és férfiak igénye: I. könnyű munkánál: 282–184 mg; II. közepes fizikai munkánál: 328–220 mg; III. nagyon nehéz fizikai munkánál: 364–247 mg. Öregeknek kevesebb a szükséglete: férfiaknál 260 mg, nőknél 204 mg.

A Mg beszerezhető 12%-ban a vízből (kemény vízből 18%-ban), és a különféle élelmiszerekből: első sorban a zöldség, nyers, friss zöldségfélékből, gyümölcsökből. A húsokban 100 g mennyiségben 16–32 mg, a tejben, tejtermékekben: 12–48 mg, a dióban, mandulában rengeteg van: 180–257 mg/100 g; a teában 1 mg (egy adagban), a fekete kávéban 8 mg; a zöldségfélékben 9–60 mg, a gyümölcsökben 4 (alma) – 42 mg (banán), a péksüteményekben 24 mg, a búzadarában 106 mg, a zabpehelyben 113 mg Mg van 100 g-onként.

Mindez azt mutatja, hogy a vegyes étrend általában biztosítja a szükséges napi magnéziumadagot.

Arva György dr.

Elegendő linolsavat tartalmazó redukciós diéta. Hejda, S., Výchova Lidu, 1978, 33, 52–55.

A redukciós diéta hosszú távra szól, mert ha az elhízottaknak sikerült is lefogynia, folytatnia kell az energiatartalék korlátozását, hogy vissza ne hízhasson. Minthogy tehát hosszú távra étrendmegszorításról és szabályozásról van szó, lényeges, hogy a redukciós diétát tartó személy mégis megszerezze mindazon tápanyagokat, amelyekre a szervezetnek feltétlenül szüksége van. Nem könnyű azonban úgy összeállítani az étrendet, hogy az előírt mennyiségű tápanyagokat tartalmazza. Például, könnyű egy 3000 kcal-t tartalmazó ételben biztosítani a 12 mg vasat, de már nem sikerül ugyanezt a mennyiséget garantálni 1900 kalóriát tartalmazó étellel.

A deficiteket elsősorban polivitamin-tartalmú preparátumokkal küszöbölhetjük ki. Ásványi anyagokat is könnyű biztosítani. A legtöbb diétánál azonban éppen az esszenciális zsírsavak tekintetében vannak hiányok, legfőképpen pedig a linolsav tekintetében. Ráadásul újabban felfedezték, hogy a linolsav védőfaktor az ateroszklerózis ellen is, amely betegség pedig az elhízás egyik kísérője. A jelenlegi szakvélemények szerint a napi szükséges adag linolsavból 6,5–9,0 g. Ezt a mennyiséget szinte senki nem szerzi be a táplálkozás útján. Egy felmérés szerint Csehszlová-

kiában a nők 5,8–6,9 g, a férfiak 7,2–8,5 g linolsavat szereznek be naponta. A főzés után fogyasztott linolsav kalóriáértéke 1,41–1,79 kcal, ami nem jelentős.

Sokak étrendjében a fogyasztott linolsav mennyisége közel áll a nullához, ami semmiképpen sem kívánatos, mert az érdegenerációtól szenvedőknek még több esszenciális zsírsavra van szükségük, mint az átlagembereknek, tehát étrendjükben a linolsavban gazdag táplálékoknak kell szerepelni. A bökkenő az, hogy ezek az ételek kalóriában is gazdagok. Itt jönnek segítségünkre a növényi olajok. A napraforgóolaj 60%-os linolsavat tartalmaz, a szójaolaj pedig 50%-ot, a repceolaj 20%-ot, a baromfiszírból is sok van belőle. A mák, dió, mogyoró, mandula kalóriagazdag-ságuk miatt nem vonhatók be a diétás étrendbe.

A szerző és munkatársai közölnek egy táblázatot, amely meghatározza, mit fogyasszon a diétázó reggelire, ebédre, vacsorára úgy, hogy az összkalóriaérték 1200 legyen és az étrend 7,90 g linolsavat tartalmazzon. A linolsavtartalmú ételek a következők: 100 g burgonya – 0,13 g linolsav (LS), 200 g joghurt – 0,28 g LS, 80 g marhahús – 0,12 g LS, napraforgóolaj 5 g – 2,94 g LS, paraj 100 g – 0,20 g LS, ponty 150 g – 2,18 g LS, 70 g rizs – 0,16 g LS, 5 g szójaolaj – 2,94 g LS, 125 g tej – 0,09 g LS, 40 g tojás – 0,92 g LS, 100 g sovány túró – 0,52 g LS, 20 g zabpehely – 0,61 g LS.

Rendkívül fontos tehát, hogy a redukciós diétát tartók ennek tudatában legyenek és gondoskodjanak a kellő mennyiségű linolsav elfogyasztásáról.

Arva György dr.

A gyógyszerek és tápanyag-komponensek közötti kölcsönhatások. Wolf, A., és mtsai: Časopis Lékařů Českyh 1978, 117, 531.

A gyógyszerek és tápanyag-komponensek között a metabolizmus minden fázisában létrejöhet kölcsönhatás, vagyis: 1. az emésztőcsatornában, 2. a felszívódáskor, 3. az endotel közegben, 4. a gyógyszer által befolyásolható célszervben és a kiválasztásban.

Az emésztőcsatornában egyrészt a gyomornedvben képződnek nitrózaminok: az aminocsoport donorjai a gyógyszerek, a nitrítok hordozói az élelmiszerek (fűtött húsok, túltrágyázott zöldségek), másrészt az epe fokozott szekréciója stimulálja az ösztrogének és nyomelemek exkrecióját az enterohepatikus keringésből. A túlnyomórészt anerobokból álló mikroflóra redukálja a nitrátokat nitráttá és ezt a gyógyszer bomlását befolyásolja (hidrolízissal, dekarboxilációval, dezaminációval, toxikus anyagok előállításával és néha kancerogének képzésével is).

Példák: 1. a ciklohexilaminok

keletkezése ciklamátoknál (ez függ a vizelet mikroflórájának jellegétől is), 2. amikor tejet és vasat adunk az antibiotikumok felszívódásának biztosítása érdekében (600 mg FeSO₄-et vagy 300 ml friss tejet), a szérumban erősen csökken a tetraciklinek szintje. Ha az antibiotikum bevitele után 3 óra múlva visszük be a szervezetbe ezen anyagokat, az inhibíció nem jön létre, mert az emésztő traktusban interferencia valósult meg. 3. A magas szorpciós koeficiensű inaktív anyagok (pl. különféle gélek, mint a kicsapódott alumínium-gél, a karboximetilcellulóz és a mikrokristályos cellulóz) vannak jelen a bélben, azok gátolják a gyógyszer anyagának vérbejutását, a rostanyagok allergiás reakciókat idézhetnek elő vagy haptének módjára viselkedve mikroemboliákat válthatnak ki.

Az alkohol hat a gyógyszerek farmakodinamikájára, de a gyógyszer is befolyásolja az alkohol metabolizmusát. Az aminofenazonok esetében az alkohol nem változtatja meg lényegesen a felszívódást és a kiválasztást, viszont az acetaldehid-dehidrogenázokkal interferencia jön létre s az alkohol elégése, illetve eltávolítása lelassul.

A gyógyszerek egyik tipikus reakciója hidroxilációjuk az oxidázokkal az endoplazmatikus retikulumban. Az etanol hipnotikumok, analgetikumok, antiperitikumok és szulfamidok adása esetén kompetitív inhibícióval ezt a hidroxilációt fékezi, a P-450-es citokróm ugyanis leköti. Az etanol nem befolyásolja a hidrolízist és a konjugációt, de gátolja az exkreciót és feltűnően meghosszabbítja a vérben a felezési időket.

Az élelmi anyagok aminosai, 1. hamis testinterpretációhoz vezethetnek a vizeletbe jutott metabolitjaik révén, 2. monoamino-oxidáz inhibitorokkal találkozáva egészség károsodást okozhatnak, 3. önmagukban is toxikusak lehetnek. Ismeretes, pl. hogy egy psychoneuroleptikummal (tranylcypromin) való kölcsönhatásuk eredménye extrém hipertenzió volt, amely intracerebrális hemorrhagiával és ikterussal társult s előidézője a sajtokban (Cheddar, Ementáli, Camembert) levő tiramin volt. Már 200 gramm előidézte a tüneteket. A tonhal húsának nagymértékben való fogyasztásánál az aminoguanidin, amely a diamin-oxidáz (hisztamináz) inhibitora, akut hisztaminmérgezést idézett elő.

A túlzott banánfogyasztás káros hatása: feokromocitóma jellegű tünetek s a vizeletben sok noradrenalin és szerotonin jelenléte.

Pszichotrop hatás. Már 1936-ban leírták a fehér lisztrel táplált kutya hisztériáját, amit az aminosavak oxidációs produktumai, főleg a metionin-szulfoximin, okoznak. Peroxidozott zeinnel is sikerült hisztériát kiváltani, kazeinnel és zselatinnal is. Hisztérikus nőknél

puding, cereáliák fogyasztása után rosszabbodást tapasztaltak. Ebben a hatásban szerepük van az oxidált keményítőknek is.

Izesítők: A glutaminsav nagyobb mennyiségben a hipotalamus centrum degenerálódását idézi elő. Noxyronnal kapcsolódva interferencia jöhet létre. A táplálkozási centrumnak a glutaminsav által előidézett degenerálása elhízáshoz vezethet. Hasonló az aszparaginsav hatása is. Magyarázata: a maradék nitrogén csökken s ez anoretikusan hat. Megfigyelték, hogy a szkizofrén betegekben az alfa-2-globulinok triptofánnal telítettek s az agens a szerotonin metabolizmusának krónikus hiánya. Ezért alacsony proteintartalmú diéta ajánlott.

Peszticidek: A citrusfélék ápolásánál használ Domicid (mely o-fenol-fenol) a narancs illatát utánzó akután toxikus anyag a szervezetbe jutva neutralizációt idéz elő, amely a nyugtatókra és ataraktikumokra refrakter szerű viselkedéssel válaszol, ezért a beteg ataraktikumokkal kezelhetetlen.

A fenilbutazon antikoagulációs aktivitását fokozhatják az aromatisz cigaretták, dohányok, szeszes italok. Az alkohol epileptogén hatását potenciálhatják a csemegeborok, vermutok által tartalmazott tujalelemek, továbbá az abszint is, amely ezeket szintén tartalmazza.

Májfunkció: A lipotrop anyagok, a halogénezett szénhidrogének és az abiogén zsírsavak májkárosodásokat idézhetnek elő. A koleszterin és koleszterinamin szintén. Jó hatású a májra: a lecitin, az aminosavak, főleg a treonin és triptofán, valamint a metionin, ha kolin aktiválja.

Vitaminhiány: Antibiotikumok és fenazin — riboflavin-hiányt, a piridinszulfonok gyógyszerek nikotinamid-hiányt, undecilénsav — biotinhiányt, a szalicilátok és metilbromid — pantoténsav-hiányt, a szulfonamidok — p-aminobenzoesav-hiányt, derivátumaik arzalin-sav-hiányt, lindán — inozitolhiányt, a CC — kolinhiányt, a glukoszorkorbinsav C-vitamin-hiányt, oxidált formája E-vitamin-hiányt, a kumarinok pedig K-vitaminhiányt idézhetnek elő.

Arva György dr.

Onkológia

„A rosszindulatú daganatos betegségek és halálozások elemzése Lengyelországban az 1973–1975. években.” Gadomska, H., Koziol, K.: Zdrowie, Publiczne, 1978, 7, 427–432.

Lengyelország onkológiai helyzetének elemzése során kiderült, hogy a malignus tumorok okozta megbetegedések és halálozások száma a vizsgált 3 esztendőben (1973–1975) lényegében nem változott.

A rosszindulatú daganatos betegségek 1975-ben férfiaknál 187,5 százezrelékes, nőknél 174,1 százezrelékes értéket mutattak. Férfiaknál leggyakoribbak voltak a tüdő (23,3%) és a gyomor (17,5%) daganatai; nőknél pedig a méh (15,1%) és az emlő (14,3%) tumorok. Ezek a részarányok, illetve megoszlások az előző években is nagyjából ilyenek voltak.

A daganatos halálokok közül leggyakoribbak voltak férfiaknál a tüdő (27,8%) és gyomor (21,7%) tumorai; nőknél a gyomor (15,0%) és az emlő (12,2%) daganatai. A halálozás általános értékei férfiaknál csekély mértékben emelkedő tendenciát tanúsítanak; amennyiben az 1973. évi 162,8 százezrelék 1975-ben 169,5 százezrelékre emelkedett; nőknél az emelkedés még kisebb a két szélső évben; 132,7 százezrelék, illetve 135,7 százezrelék. Lokalizáció szerint nézve a malignus tumorokat csak annyi emelhető ki, hogy mindkét nemből valamelyest emelkedett a tüdő carcinoma okozta halálozás.

Cselkó László dr.

A metastatizáló mamma carcinoma terápiájáról. Konrad, R. M. és mtsai (Chirurgische Klinik der Städt. Kliniken, Duisburg): Med. Welt. 1978, 29, 742–745.

A radikalitás elveinek mindenben megfelelő műtéti beavatkozás után is a mamma carcinomás betegek néhány éven belül a már műtét alatt is meglevő micrometastasisok következtében halnak meg. Nagy statisztikák szerint már az „optimális műtéti idő” alkalmával az esetek 70%-ában még fel nem ismerhető micrometastasisok vannak a szervezetben. (Az ún. „negatív nyirokcsomó” lelet birtokában a metastatisációs quota 24%-ra tehető). A disseminatio az esetek 35%-ban már a műtét utáni első évben manifestálódik. A metastasisok megjelenésének üteme és mértéke a tumor tulajdonságain kívül a szervezet tumor-immunológiai állapotának is függvénye. Legtöbbször a „radikális műtétet” a tumormassza csökkentését eredményező palliatív beavatkozásnak minősítik.

A metastatizáló mamma carcinoma kezelésének ma egyre gyakrabban alkalmazott módszere a cytostatikus terápia. Az ezzel a módszerrel elérhető, 4–10 hónapos remissziós ráta 50–70% között van. Partialis remisszió során az esetek 50%-ában a tumormetastasisok tömegükben csökkennek, de nem tűnnek el. A szerzők — mint néhány esetük igazolja — Vincristin + Methotrexat + Ifosfamid terápiával — 5 napos kúrában, 14–21 napos intervallumokban ismételve — 35,7%-ban 13,5 hónapos túlélést értek el. Bár ezen eredmények még messze vannak attól, amit a gyógyszeres terápiától várni szeretnénk, megfelelően válogatott

esetekben és javallat mellett a kombinált cytostatikus terápia megkísérlése indokoltnak látszik.

Berkessy Sándor dr.

Endobronchialis Hodgkin-kór. Donlan, C. C. J., Reid, C. J. (Pulmonary and Haematology Dept., Naval Regional Medical Center, Portsmouth): JAMA, 1978, 239, 1061–1062.

Hodgkin-kóros betegeken a mediastinalis-hilaris lymphadenopathia gyakorisága 67%, a tüdőparenchyma részvétele 40% körül van. Endobronchialis manifestációt igen ritkán észlelnek. A szerzők betegén alkalmassági vizsgálat során accidentalis leletként derült fény 19 éves korban a mediastinalis localisatiójú Hodgkin-kórra. Diagnosztikus thoracotomia után végzett sugárkezelést követően a beteg 7 évig volt tünet- és panaszmentes. 26 éves korában panaszkodott alkoholfogyasztás után jelentkező, ill. súlyosbodó mellkasi fájdalmakra. Ekkor a j. o. középső tüdőmezőben láttak parenchymás infiltratumot, amelynek oka (bronchosopos vizsgálattal) endobronchialis terjedő szövetszaporulat volt. A histológiai vizsgálat Hodgkin-kórra jellemző leletet mutatott ki, ezért (tekintettel az általános tünetekre) a beteget MOPP kúrában részesítették. Hat kúra után a bronchosopos lelet, a histológiai vizsgálat és a ⁶⁷Ga scan a folyamat teljes remisszióját mutatta.

A Hodgkin-kór endobronchialis terjedésének lehetőségét a bronchusok gazdag nyirokér hálózata teszi lehetővé. E ritka localisatio sem jelent fatális prognoszt, remisszióra lehet számítani chemoterápia és radiotherápia hatására is.

Berkessy Sándor dr.

Lágyrészdaganatok. Kern, E. (Chir. Univ. Klin., Würzburg): Med. Klin. 1978, 73, 645.

A „lágyrészdaganat” fogalomkörét — ellentétben az angolszász terminológiával („soft tissue tumor”) — a német irodalomban „(Weichteiltumor)” nem általánosan használják, pedig a hivatalos WHO-klassifikáció ezt szorgalmazza. Ezen fogalomkör alatt értendők az összes nem-epithelialis, extraskelletalis eredetű daganatok — viszont gyakorlati megfontolásból eltekintenek a RES, a glia, a parenchymás szervek támasztó vázának, valamint a mediastinalis és retroperitonealis úr daganataitól. A lágyrészdaganatok viszonylag ritkák, jól tapinthatók, panaszt csak akkor okoznak, ha ideget vagy szövetet nyomnak, így néha óriási daganatokkal bíró beteget sem zavarják. Az egyszerű palpacio mellett ilyen daganatok nagyságának megítélésére és elhatárolására számos diagnosztikus eljárás jöhet

szóba (lágy sugártechnikájú radiológiai vizsgálat, rétegfelvételek, környezet angiographiás ábrázolása és újabban az ultrahangtomographia, scintigraphia és a computer-tomographia). A lágyrész tumorok nagyobb része jóindulatú, mint azt a gyakran eltávolított lipómák, fibromák, haemangiómák esetei bizonyítják. A még ártatlannak tűnő eltávolított daganat gondos szövettani vizsgálata elengedhetetlen, mert nem ritka a váratlan rosszindulatú folyamat felfedezése sem. Ismeretes a Recklinghausen-féle neurofibromatosis sarcomás elfajulása. A lágyrésztumorsejteket gyakran tok veszi körül. A próbabiopsia kerülendő, mindjárt az első ülésben *radicalis tridimensionalis exstirpatio* végzendő. A finomtűbiopsia lágyrészdaganatok esetén nem alkalmazandó. A lágyrészsarcomák nemcsak haematogen, de lymphogen úton is metastatizálnak, ezért a gyanús környéki nyirokcsomók is eltávolítandók. Némi lágyrészdaganat malignitás nélkül recidiva hajlammal bír (aggressiv fibromák, extraabdominális desmoidok). A lágyrészdaganatok előzetes radiológiai kezelése nem szükséges; ennek indikációját, továbbá a chemotherapia bevetését a szövettani vizsgálat dönti el (lágyrészsarcoma, rhabdomyosarcoma, malignus synalioma); ilyenkor interdiszciplináris kooperáció szükséges a sebész, radiológus és chemotherapeuta között. A würzburgi sebészeti klinika 1970–1975 év közti 399 lágyrészdaganatos betegéből 334 benignus és 65 malignus tumort találtak, tehát minden hatodik tumor rosszindulatú volt, amely minden életkorban előfordulhat; ezért minden lágyrészdaganat esetén csecsemő- és gyermekkorban erre akkor is gondolkodni kell, ha semminemű fájdalom vagy panasz nincs. A lágyrészdaganatok nem gyakoriak, de igen formagazdagok és megítélésük nehéz. Minden lágyrészdaganat peioratív szemszögből bírálendő — míg a szövettani vizsgálat az ellenkezőjét nem bizonyítja.

ifj. Pastinszky István dr.

A colon és rectum carcinoma adjuváns chemotherápiája. Weber, W., Nagel, G. A. (Basel): Schweizerische medizinische Wochenschrift 1977, 107, 840–845.

A rosszindulatú daganatok sebészeti eltávolítása után keletkező mikrometastasisok chemotherápiás kezelése főként a gyermekkori tumoroknál bír jelentőséggel.

Állatkísérletekben vizsgálták a cytostaticumok hatását, és a kísérleti eredmények adjuváns chemotherápiára mielőbbi bevezetését sürgették a sebészeti beavatkozás után. Klinikailag a következő tumoroknál bizonyították a jó eredményeket: Wilms-tumor, Ewing-sarcoma, embrionális rhabdomyosarcoma, mamma carcinoma.

Az alkalmazott chemotherapeutikumok közül az 5-fluorouracil az esetek 17–21%-ában találták aktívnak, ezért ez a leggyakrabban használt adjuváns terápiája. A csekély mellékhatás többnyire a csontvelő és gyomor-bél toxicitás következménye. Előrehaladott gyomor-bél ca.-nál a kombinált chemotherápiája jobb eredményt adott, mint a monotherápiája (5-FU és MethylCCNU). Ezekből állították össze az USA-ban a sokféle solid tumornál hatásos anyagokat [BCNU, CCNU és MeCCNU = 1-(2-Chloroethyl)-3-(4-methyl-cyclohexyl)-1-nitrosurea].

A vizsgálatokból levonható következtetések: 1. Adjuváns chemotherápiára olyan anyagok alkalmasak, melyek a tumorok előrehaladott stádiumaiban hatásosak. 2. A sejtciklus-specifikus cytostaticumok hatástalansága nem zárja ki azok hatását a mikrometastasisokra. 3. A sokféle kezelési módszer optimális kombinálását kell megkeresni (chemotherápiával és immuntherápiával kombinálva). 4. Számos olyan anyag vizsgálata ajánlatos, melyek hatásmechanizmusa eltér a cytostaticumoktól.

A szerzők a remissziós százaléknak megközelítőleg 50%-át figyelték meg 5-FU és MeCCNU kezelés alkalmazásával; a colon és rectum ca. adjuváns chemotherápiája még kísérleti stádiumban van, csak statisztikai jelentőségű.

Horváth Zsuzsanna dr.

Endocrinologia

A hyperthyreosis diagnosztikája és terápiája a gyakorlatban. F. A. Horster (Medizinische Klinik und Poliklinik der Universität Düsseldorf): Med. Welt, 1978, 26, 1069–1071.

A hyperthyreosis (= h.) különböző eredetű kórformák összefoglaló jelölése: a) A Basedow típusú h.-t a struma, endocrin szemtünetek és immunopathológias jelenségek (thyreoidéát stimuláló immunoglobulin = TSI) jellemzik. b) Autonóm adenoma, malignoma, és thyreoiditis h.-sal. c) H. factitia pajzsmirigy-hormonkészítmények túladagolása után. d) Struma basedowificta (jód-Basedow): jódp. kontrasztanyag indukálta h. e) Thyreotoxikus krízis (Basedow coma) a h. legsúlyosabb alakja.

A h. pathogeneziájában immun és iatrogén tényezők játszanak szerepet, de még nem ismerjük egészen aetiológiáját.

A diagnosztikában a tachycardia, struma, exophthalmus, hyperhidrosis és az adynamia típusos Basedow-jelek, de ezeket inkább a fiatal korban találjuk együtt. Idős korban ritkább a struma és az exophthalmus, ellenben más panaszok és tünetek állnak előtérben: a testsúlycsökkenés, fáradé-

konyság és a hasmenés. Minthogy e jelek malignus folyamatokra is jellegzetesek, gyakran túl korán — mielőtt h.-ra gondolnánk — vizsgáljuk a veséket és az epeutakat radiológiailag többnyire jódtartalmú kontrasztanyaggal és vele a h. kritikus rosszabbodását provokáljuk ki.

A panaszok változatosak. A vérkeringés részéről szívdobogás, colapsus-hajlam, fejfájás jelentkeznek. A hypermetabolismus jelei: jó étvágy ellenére lesoványodás, meleg-intolerantia, izzadás, kézremezés, izomgyengeség. Helyi panasz a struma és a szemtünetek.

Vizsgálattal tachycardiát, arhythmiát és nagy vérnyomás-amplitudót találunk. A hypermetabolismus meleg, lágy, nedves bőrben („a bőr fiatalabb, mint a beteg”) és ujj-tremorban nyilvánul meg. Ezenkívül strumát, exophthalmust, szemhéj-oedemát, felső szemhéj-retractiót és szemizomgyengeséget észlelhetünk.

A diagnózis nem engedélyezhető ex iuvantibus, ezért technikai diagnosztikai eljárásokat is igénybe kell vennünk.

A scintigraphia elengedhetetlen, mert pl. csak ezzel tudjuk az autonóm adenomát a h. okául kimutatni. Igen fontos a radiojódfelvétel-meghatározás, valamint az in vitro vizsgálatok: A T₃ minden esetben, a T₄ 85%-ban emelkedett a serumban. Magasabb a thyreoidéakötő index is (TBI). A TRH-tesztre nem kapunk TSH-emelkedést.

A beteget fel kell világosítani, hogy a h. oka még tisztázatlan, így minden terápiás eljárás csak tüneti. A gyógykezelés több hónapot vesz igénybe és nem minden tünet fog eltűnni. Először a hypermetabolismus (testsúlycsökkenés, éhségérzés, izzadás), majd a vérkeringési panaszok, legutoljára és nem mindenkor a struma és a szemtünetek szoktak eltűnni.

Therapia:

A) **Műtét:** Minden életkorban elvégezhető sikertelen gyógyszerelés, recidiva, pangást és kompressziót okozó struma, progrediáló ophthalmopathia és autonóm adenoma esetén.

B) **Radiojódot** alkalmazunk 35 év feletti korban sikertelen gyógyszerelés után, recidiv struma, valamint gyógyszerelés ellenére progrediáló ophthalmopathia és autonóm adenoma esetén, ha a műtét kockázatos.

C) **Gyógyszerekkel** kezelünk minden h.-t, ahol nincs műtéti vagy radiojód inditatio. Gyógyszert adunk még műtét előtt, esetleg utána is, valamint a radiojód intervallum-kezelésével a radiojód hatásának beálltáig.

Elsősorban peroxidase enzim blokkoló készítményt (Methoxyrin) adunk, mely gátolja ugyan a hormonsynthesist, de nem annak incretióját. Így a mirigyben tárolt

hormon a gyógyszer ellenére tovább szekernélődik, a h. a mirigy hormonkészletének a kimerültségéig florid marad.

Kiegészítő gyógyszerek:

Pajzsmirigy-hormonkészítményt (Liothyronin) adunk a hypophysis feltételezett strumigén és exophthalmogén reakciójának gátlására.

Béta-blockoló (Trasicor) 120/min. feletti tachycardia és arrhythmia esetén hasznos.

A sedatívumok nem ajánlatosak, mert zavarják a beteg pszichéjét és vele a beteg therapiás vezetését.

A fogamzásgátlók a contraceptív hatás mellett anyagcsereaktív pajzsmirigyhormonokat is megkötnék, így antithyreoida hatásuk is van.

Kollár Lajos dr.

A pajzsmirigy autonom adenomájának diagnosztikája és therapiája. D. Emrich (Nuklearmedizinische Abteilung der Medizinischen und Radiologischen Univ.-Klinik Göttingen): Med. Welt, 1978, 26, 1072—1074.

Az autonom adenoma a pajzsmirigy körülírt sejtsoportosulása, amely nem követi a fiziológiás szabályozást a visszacsatoló mechanizmussal. Ez nem jelent minden esetben hormontútermelést is. Ezért a régebben használatos „toxikus adenoma” jelölést ma már nem használjuk.

Keletkezéséről és lefolyásáról még hiányosak az ismereteink. Elsősorban a 40 év feletti nők betegsége, akik között egyébként is gyakoriak a klimaxos és postklimaxos vegetatív panaszok. Mindez a diagnózist nagyon nehezíti. Tünetei sokszor hiányoznak vagy diszkréték és alig jellegzetesek. 202 beteg vizsgálata alapján az izolált göb egyharmad-egyharmad arányban volt euthyreot, bizonytalan és hyperthyreot. Ismeretlen eredetű tachycardia és ritmuszavar esetén gondoljunk autonom adenomára is. A diagnózist a scintigram, a TRH-teszt és a serum T_3 -meghatározása biztosítja.

A kezelést illetően a vélemények megoszlanak, mivel a betegek 30—50%-a klinikailag tünetmentes.

Azonban megfontolandók a következő szempontok. 1. Csak idő kérdése, mikor válik az autonom adenoma klinikailag manifest hormontermelővé. Ez még nem egyértelműen bizonyított. A szerző vizsgálatai szerint 31 beteg állapota 12,5—117 (átlagban 33,6) hónap megfigyelési idő alatt 20%-ban javult, 48%-ban volt változatlan és 32%-ban rosszabbodott. 2. Jód tartalmú gyógyszerek bevétele hyperthyreosist válthat ki. 3. A kezelés kockázata jelentéktelen.

A szerző megalkuvó álláspontot képvisel: Ha a beteg euthyreot és fiatal, várakozunk a kezeléssel, de felhívjuk a figyelmét a hyperthyreosis veszélyére jód tartalmú gyógyszerek után. Minél idősebb az euthyreot autonom adenomás beteg, annál inkább hajlunk a kezelésre. A hyperthyreosist mindenképpen kezelni kell. Műtét és radiojód-therapia áll rendelkezésünkre. Utóbbit főleg idősebb, nagyobb műtéti kockázattal járó betegeken alkalmazzuk, bár eredményei elmaradnak a műtét mögött.

Kollár Lajos dr.

A myxoedemás kóma diagnózisa. Hackenberg, K., Reinwein D. (Med. Klinik der Universität Essen): Dtsch. med. Wschr. 1978, 103, 1224—1225.

A myxoedemás kóma a hypothyreosis végstádiumaként jelentkezhet. Első leírása óta (1879!) alig 150 esetét írták le. de valószínű, hogy ennél gyakrabban fordul, vagy fordult elő. Nőkön gyakoribb, mint férfiakon, és csaknem kizárólag idős korban jelentkezik. Az esetek 66%-ában reménytelen prognózisú. Eredményes kezelésének legfontosabb feltétele a korai és helyes diagnózis. Felismerését megkönnyíti a mérvadó anamnesis, a hypothyreosis klinikai jelenléte, hyperkeratosis, myxoedema fennállása, nagy nyelv, hajhullás, a colonban tapintható scibalák. Rendkívül jellemző rá a hypothermia, bradycardia, cerebrális görcsök, hyperkapnia és hyporeflexia. A testhőmérséklet rendszerint 35 fok körüli. EKG-n a low voltage jellemző. Jól felismerhető jelek még: a hypotonia, hypoven-

tilatio, hponatraemia, hpovol-aemia, pericardialis és pleuralis folyadékgyülemek, hypoglycaemia, adynamia és psychosis. Kiváltó oka az esetek többségében a hideg-expositio vagy valamilyen fertőzés, de nem ritkán phenothiazin, barbiturátok vagy tranquillansok adása. Komplikálhatják: fertőzések, pneumonia, sepsis, szívelégtelenség, pancreatitis és ileus is. Differenciáldiagnosztikailag veseelégtelenség és nephrosis syndroma, Sheehan-syndroma, encephalitis vagy apoplexia elkülönítése fontos. Idejében alkalmazott specifikus hormon kezeléssel a myxoedemás kóma 1—2 napon belül megszüntethető.

Berkessy Sándor dr.

A myxoedemás kóma therapiája. Hackenberg, K., Reinwein, D. (Med. Klinik der Universität Essen): Dtsch. med. Wschr. 1978, 103, 1225—1226.

A myxoedemás kóma gyors felismerést és intenzív kezelést igénylő állapot. A kezelés alapját az L-Thyroxin vagy/és L-Trijodthyronin adása képezi. Első nap 500 μ g L-Thyroxin, második nap 100 μ g L-Trijodthyronin intravénás adása szükséges. A javulás már 6—36 óra múlva észlelhető, és kimutatható, hogy a TSH-szint 24 óra alatt 33%-kal csökken. Adjuváns kezelésként az alábbiak szükségesek: a légzés normalizálása (szükség esetén intubatio v. tracheotomia után gépi lélegeztetéssel), EKG-monitorizálás, naponta kétszer 100 mg hydrocortison, a hypoglycaemia leküzdésére 40%-os dextrose, 115 mmol/l alatti serum-Na érték mellett hypertoniás NaCl oldat adása, intravénás digitalizálás, gyulladás, sepsis esetén antibiotikumok alkalmazása. Igen lényeges, hogy a beteg testhőmérsékletét nem szabad hirtelen emelni, jobb és veszélytelenebb ha normális szobahőmérsékleten, ágy-melegben biztosítjuk a testhőmérséklet lassú, fokozatos melegedését. A túl gyors hőmérséklet emelkedés fokozott O_2 -igénnyel jár, amit a szervezet nem tud kielégíteni, a vasodilatatio pedig collapsushoz, shockhoz vezethet.

Berkessy Sándor dr.



KÖNYVISMERTETÉS

Structural und Kinetik Approach to Plasma Membrane Functions. Proceedings of a Meeting Held on September 6-9, 1976 in Grignon (France). Eds.: C. Nicolau and A. Paraf. Springer-Verlag Berlin-Heidelberg-New York, 1977, 204 oldal, 119 ábra. Ára: 58,— DM.

A könyv felkérésre tartott előadások anyagát tartalmazza, és pedig amint a címből kitűnik, azokat, amelyek Grignonban hangzóttak el „A plazma-membrán funkcióinak strukturális és kinetikai megközelítése” címen 1976-ban rendezett konferencián. A szerkesztők rövidre szabott előszavából arról értesülünk, hogy az értekezésnek az volt a célja, hogy közvetlen kapcsolatok megteremtése révén fórumot biztosítson fizikusok, fizikai-kémikusok, biokémikusok, biológusok és orvostudományokkal foglalkozók számára a membrán kutatás eredményeinek és problémáinak megvitatásához. A membránológia komplexitását a rendezőség ezúttal nem a résztvevők nagy számával (a regiszterben mindössze 67 név szerepel) kívánta megvalósítani, hanem a kutatási tematikák és az alkalmazott metodikák gondos megválogatásával.

Aki igyekszik a molekuláris biológia fejlődését nyomon követni, már hozzáadódott ahhoz, hogy néhány év leforgása után szemléletét hol az egyik, hol a másik jelenségről, vagy folyamatról teljesen át kell formálnia. Így történt ez az utóbbi években a biológiai membránok szerkezetéről, funkcióiról és azok regulációjáról alkotott képünk esetében is. Érthető tehát, hogy napjainkban megsokszorozódtak a membrán-kutatásokkal foglalkozó értekezések, konferenciák, kongresszusok, nemkülönben az azokat összefoglaló gyűjteményes munkák, valamint folyóiratok, kisebb-nagyobb terjedelmű kézikönyvek, periódikák.

A szakirodalomnak ebben a bőségében az aránylag kis terjedelmű gyűjteményes kiadvány értékét az szabja meg, hogy nyújthat-e valami jellegzeteset. Ezúttal valóban erről van szó. A közölt 13 tanulmány (43 társszerző részvételével) gondos összeállításban, mindmegannyi, más-más intézet munkájába ad betekintést. Közöttük többségükben NSZK-beli és francia intézmények szerepelnek, de felsorakozik mellettük egy-egy angol, dán, holland és USA-beli kutatóhely is; profiljukat illetően pedig sorra képviselve van experimentális-fizikai, biofizikai, biokémiai, molekuláris biológiai, fiziológiai, virológiai, immunológiai,

sugárbiológiai, sugárkémiai stb. elnevezésű intézet.

A cikkek sorrendjének megválasztása szerencsés, az általános problémák felől a sajátos membrán-szerkezetek felé halad. A könyv jellegzetességét talán akkor érzékelhetjük a legjobban, ha sorra vesszük a közleményeket a bemutató intézetek és a tematika szerint.

Az első értekezés D. F. Wallach (Dept. of Therapeutic Radiology, Tufts Univ., Boston) tollából származik. Bár címe szerint a biomembránok spektroszkópikus analízisével foglalkozik, magában foglalja a membrán kutatás utóbbi 10 évének mély szakmai kritikával összeállított rövid történetét. Többek között tudomást szerzünk arról, hogy az 1935-ből származó elemi-membrán teoria és annak néhány kisebb változata után egy teljesen új koncepció megalkotása Changeux nevéhez fűződik (1967). Ez az ún. long-range vagy másképpen fogalmazva lipid-protein-mozai modell. Changeux elméletét hamarosan egy másik elképzelés, az S. J. Singer és G. Nicolson alkotta (1972) folyékony-mozai modell homályosította el. Wallach a két elmélet téziseit pontra elemzi. Nemcsak felsorakoztatja a két elmélet ellen, ill. mellett szóló, modern kifinomult technikákkal nyert irodalmi adatokat, hanem azokat kritikailag is értékeli. Ennek kapcsán Changeux hipotézise és annak újraértékelése mellett tör lándsát. Az értekezést követő 99 irodalmi idézet a modern membrán kutatás értékes dokumentációját szolgáltatja. Wallach alapozó cikkének áttanulmányozását követően a kevéssé szakavatott is könnyebben megérti a további közleményeket, amelyek rendre a következők.

Az ulmi egyetem experimentális-fizikai intézetéből származó tanulmány a lipid kettősréteg formációjának sajátosságaival foglalkozik, szintetizált lipidekből kialakított mesterséges membránokon. — A kölni egyetem fiziológiai-kémiai tanszékének munkaközössége a lipid-lipid és lipid-protein interakció fizikai és kémiai módszerekkel történő vizsgálatát tárgyalja. — A l'Université Paris VII. elektronmikroszkópiai és molekuláris biológiai intézetének munkatársai részéről a plazma-membrán szerkezeti modulációjának tanulmányozásáról kapunk értékes áttekintést. — A göttingeni Max-Planck intézet előadója a protein-lipid kapcsolat elektronmikroszkópikus (freeze-fracture) és spin-jelzés alkalmazásával nyert eredményeit ismerteti. — A Villefranche-beli

zoológiai állomás egy sokat tanulmányozott membrán-protein, a rhodopsin alaki és oldhatósági tulajdonságairól ad számot, különféle detergens alkalmazása kapcsán. — A Justus Liebig egyetem (Giessen/Lahn) virológiai intézetének munkacsoportja RNS tumor vírus-transzformált sejtek plazma-membránjának biológiai és biokémiai változásaival foglalkozik. — Az utrechti egyetem biokémiai tanszékének előadói a biológiai membránok lipid organizációjának enzimikus tanulmányozásáról számolnak be. — A Max-Planck intézet (Mühlheim/Ruhr) sugárkémiai intézetének igazgatója, a könyv egyik szerkesztője, Nicolau professzor és népes munkacsoportja széles perspektívájú értekezletben ismerteti normál és tumor-transzformált sejtmembránokon végzett összehasonlító vizsgálatait. — Skou professzor, a dán Aarhusi egyetem fiziológiai intézetéből közöl tanulmányt az ATP-hydrolysis és a natrium-kálium transzport kapcsolatának még napjainkban is izgalmasnak tartott kérdéséről. — A. Paraf, a Grignoni INRA (Institut National de la Recherche Agonomique) igazgatója, a könyv másik szerkesztője, több munkatárs élén, ad összefoglaló képet különböző sejtek membrán-enzimeinek modulációjáról. Ennek során szemléletes ábrák segítségével nyerhetünk áttekintést a membránok enzim-komplexeinek koregulációjáról, modulációjáról, kívülről-befelé és belülről-kifelé irányított transzmembrán szignálok megvalósulásának mechanizmusáról, valamint a cytoskeleton valószínű szerepéről. — A Paris Cedex-i francia kollégium munkatársai az emlős vese vasopressin-érzékeny adenylat-cyclase aktivitásának vizsgálatával karöltve részletesen tárgyalják az enzim és a receptor kapcsolatának lehetséges módozatait. — Végül a cambridge-i biokémiai tanszék kutatói a kalcium-pumpa molekuláris szerkezetéről nyújtanak átfogó képet.

Fenti vázlatos felsorolás nem hagy kétséget afelől, hogy a konferencia rendezőse célkitűzéseit sikeresen valósította meg. Sőt a komplexitásnak az igénye nemcsak az előadó intézetek és azok tematikájának az összeállítása, hanem a felsorakoztatott, nagy technikai felkészültséget igénylő methodikák révén is érvényre jutott. Mindezek alapján joggal állíthatjuk, hogy a könyv a membránológiával foglalkozó szakember számára értékes anyagot foglal magában. Bennük talán az kelthet hiányérzetet, hogy a kiadvány nem tartalmazza a viták anyagát. Természetesen ez ügyben mentségül szolgálhat, hogy ennek megjelenése hely és időigényes és veszélyeztethette volna a naprakész kívánalmat.

Végül, ha számba vesszük, hogy egyre-másra szaporodik azoknak

a megbetegedéseknek a száma, amelyeket az ún. membrán-betegségek közé sorolunk, ajánlhatjuk mindazoknak az orvosoknak, akik meg akarnak ismerkedni a modern membránológia rejtelmeivel. Ezáltal egy aránylag rövid, de mégis sokoldalú, újabb és újabb áttanulmányozásra alkalmas munkát kapnak kézhez.

Szélessy-Hermann Vilma dr.

K. Winter: Lehrbuch der Sozialhygiene. VEB Verlag Volk und Gesundheit Berlin, 1977. 414. old. 135 ábra. Ára: 19,80 M.

Kurt Winter professzor „Lehrbuch der Sozialhygiene” munkájáról ismertettet írni hálás feladat, elsősorban két ok miatt:

1. Winter tankönyve a szociálhigiéne szakterületét magas fokú oktatási és tudományos igényességgel tárgyalja. Korszerű ismeretanyagot tartalmaz és jól bemutatja a szociálhigiénét, mint önálló tárgyat és ennek a diszciplinának helyét és kapcsolatait az orvostudományban.

2. Winter professzor oktatási és tudományos munkásságát évtizedek óta nemcsak az NDK-ban ismerik és nemcsak Magyarországon becsülik, hanem Európa legkülönbözőbb országaiban, sőt ezen túl is. Ehhez nagymértékben hozzájárult az Egészségügyi Világszervezetben kifejtett tevékenysége.

Winter tankönyve 1975-ben íródott és 1977-ben jelent meg. A könyvnek kettős célja van: szolgálni akarja az orvoscélpézt, de a szakorvoscépzést is. Lényegében tehát a graduális és postgraduális képzési célokra bízta a szerző annak a meghatározását, hogy az oktatás során a könyvből mi kerül felhasználásra egyik, vagy másik területen.

A korábbi Beyer-Winter-kiadásokhoz képest lényeges változás, hogy a jelenlegi tankönyv általános statisztikai és antropometriai fejezeteket nem tartalmaz — kivéve a szoros értelemben vett szakmai vonatkozásokat.

Úgy hisszük, kár lenne a régi vitát, nevezetesen szakterületünk elnevezésének kérdését fel-eleveníteni. Megértjük egymást akkor is, ha hazánkban az orvoscépzésben és továbbképzésben a „Társadalomorvostan” megjelölést használjuk.

Winter könyve hagyományosan megőrzi a szerző oktatási és tudományos tevékenységének széles körben ismert három alapvető tulajdonságát:

1. a közölt ismeretanyagot elmélyült marxista műveltség, átgondolt elméleti megalapozottság jellemzi, 2. a különböző kérdések tárgyalása következetes történelmi folyamatot követ és így az olvasónak módjában van a tankönyv tételeivel azok fejlődési menetében meg-

ismerkedni, 3. mélyen áthatja a tankönyvet a megelőzés egyesített elmélete és gyakorlata.

Winter könyve 4 fejezetből áll:

1. A szociálhigiéne tudományos alapjai (13—155.).

2. Az egészségügy a szocializmusban (156—289.).

3. Egyes fontosabb betegségek és betegcsoportok szociálhigiénéről (290—383.).

4. A társadalombiztosítás (384—402.).

Az első fejezet az elméleti kérdések mellett részletesen foglalkozik a szociálhigiéne módszereivel, a szociálhigiéne és az egészségügyi szervezés történetével.

A második fejezet a szocialista egészségügy alapelveivel foglalkozik az NDK egészségügyének szervezésével, illetve az egészségügyi ellátás szervezeti kérdéseivel.

A harmadik fejezet néhány fertőző betegség tárgyalásával kezdődik, külön kiemeli a tuberkulózist, tárgyalja a nemi betegségeket, majd a szív és keringési betegségeket, daganatos betegségeket, a diabetes mellitust, és végül a baleseteket.

A negyedik fejezet a társadalombiztosítás lényegét tárgyalja.

Az első kérdés, amelyre szükséges választ adni, az a probléma: van-e a szerző felfogásában olyan jelenség, amely eltér általában a hasonló tankönyvek felfogásától, vagy éppen a recenzius állásfoglalásától? Alaptételekben nincs ilyen kérdés.

Annak a megválaszolására, hogy az NDK-ban Winter könyve alkalmas-e az egyre növekvő és változó orvoscépzési célok között a vonatkozó szakterületek elsajátítására — nem vagyunk illetékesek. De nincs is ebben semmi kétség, hiszen az új kiadás a korábbi, széles körben elterjedt kiadásokhoz képest is fejlődést tartalmaz. A kérdést lényegében azért tettük fel, hogy jobban hangsúlyozhassuk Winter könyvének nemzeti értékén túl nemzetközi jelentőségét is. A hazai szakemberk a korábbi kiadásokat is jól ismerik és azokat nemcsak adatai, hanem tételei, okfejtése miatt is szívesen fogadják. És ezt az elismerést minden új kiadásnál csak fokozni lehet.

A fentiek értelmében érdemleges megjegyzésünk tehát nincs is, mégis három kérdést szükségesnek tartok felvetni — különösen, ha a hazai Társadalomorvostan oktatására gondolok. A megjegyzések sokkal inkább az összehasonlítást szolgálják és nem a tankönyv bírálatát.

Ezek (csak kiragadott példák erejéig):

1. az egyes fejezeteken belüli arány,

2. egyes, tárgyalat alfejezetek, s végül

3. egyes, olyan kérdések, amelyek nem kaptak helyet a jelen kiadásban.

ad 1. Úgy gondolom, nem lett volna felesleges az orvosi (egészségügyi) szociológia bővebb tárgyalása. Igaz, hogy a legkülönbözőbb kérdések szociálhigiénés taglalása szociológiai elemeket is tartalmaz.

Lényegében ez a megjegyzés vonatkozik az epidemiológiai részre is. Ennek az észrevételnek egyik oka talán az is lehet, hogy Magyarországon éppen ezekben az években szorgalmazzuk az epidemiológiai ismeretek kiszélesítését. Annál melegebben lehet üdvözölni a széles alapokon tárgyalt demográfiai és egészségügyi statisztikai részt.

Mi a tankönyvekben sokkal többet foglalkozunk a szocialista egészségügy alapelveivel.

Vannak kérdések, amelyek nálunk kisebb terjedelemben jelentkeznek (pl. az akceleráció — viszont ismeretes Winter prof. ilyen irányú nemzetközi munkássága).

A gondozás újból azon problémák közé tartozik, amelyek a mi gyakorlatunkban (egyetemi és egyetem utáni szinten is) sokkal nagyobb teret foglalnak el.

ad 2. A mi tankönyveink fertőző betegségeket nem igen tárgyalnak. Viszont nagyon jó tagolásra tanúskodnak a 3. fejezet keretében a tömegesen előforduló, nem fertőző betegségekkel, balesetekkel foglalkozó alfejezetek.

Nem túl hosszú a 4. fejezet, de — úgy hisszük — nagyon hasznos.

ad 3. A szerző — a mi jelenlegi tankönyveinktől eltérően — nem tárgyalja a közegészségügyi-járványügyi szervezettel és így működését sem. Feltételezhető, hogy ez az anyag a higiéné-epidemiológia tantárgy keretében szerepel. Ha így van, és ez bizonyos integrációs oktatásra utal, akkor más területen is alkalmazható lenne (pl. gyermekgyógyászati).

Hasonlóképpen nem tárgyalja a szerző a szervezés-vezetés tudományos alapvető kérdéseit sem. Lehetséges, hogy más studium keretében szerepelnek ezek a kérdések. Mi, úgy hisszük egyértelműen foglalkoznunk kell ezzel az ismeretanyaggal, hiszen a mi diszciplinánk képviselői — túlnyomórészt valamilyen munkakörben vezető állást töltenek majd be, másrészt egyre inkább szorgalmazzuk a klinikus vezetők ilyenfajta tanulmányait is.

Ezen a helyzeten nem változtat az sem, hogy egyesek csak azért fogadják el ezt az álláspontot, mert a vezetélméletet és gyakorlatot egyik diszciplína sem tudja „befogadni”.

Ugyanígy helyet kell találni a rendszerelméleti alapoknak, vagy a számítástechnika alkalmazása az egészségügyben tárgyú kérdéseknek is.

Kurt Winter tankönyve széles körű nemzetközi irodalomra támaszkodik. Statisztikai adatai a lezárás évehez viszonyítva frissek, ábrái, táblázatai világosak.

Winter prof. mint egyedül maradt szerző ezzel a tankönyvével is bizonyítja annak a széles körű megbecsülésnek a jogosságát, amelyet már hosszú idők óta meg-alapozottan élvez. Kádár Tibor dr.

Abrahams, P., Webb, P.: Klinische Anatomie diagnostischer und therapeutischer Eingriffe. Springer Verlag Berlin—Heidelberg—New York 1978. 96 ábra, 148 oldal. Ára 48 DM, illetve 22,10 dollár.

Az angol szerzők 1975-ben kiadott eredeti munkáját H. Loewenck, a müncheni egyetem anatómiai intézete experimentalis morfológiai osztályának professzora fordította le és dolgozta át német nyelvre. A könyv szövegében és képeiben azokkal a topographiai, anatómiai struktúrákkal foglalkozik, amelyeknek pontos ismerete ma már a diagnosztikában és sürgősségi esetek ellátásában nélkülözhetetlen. E munka lehetővé teszi, hogy mind a fiatalabb orvos, mind az öt segítő asszisztencia és ápoló személyzet az anatómiai ismeretekben elmélyedjen és ezeket a gyakorlatban is jól alkalmazza. Könyvükben a szerzők a különböző beavatkozásokban résztvevő orvostanhallgatókra, gyakorlati segítőkre is gondoltak, ezért minden olyan fogalomtól eltekintettek, amely speciális tudást és berendezést igényel.

Mondanivalójukat az idegrendszer és érzékszervek, a szív- és érrendszer, a légzés, az emésztés, az urogenitalis, az izom- és vázrendszer fejezetére bontva részletezik.

Az idegrendszer és érzékszervek fejezetében a suboccipitalis punctiót, valamint a gyermekek és újszülöttek elülső kutacsainak punctióját részletezik. A szemészeti vizsgálatok anatómiai alapjainak ismeretése mellett az idegentestek eltávolítására, a könnyvezeték átmosására, valamint az ophthalmoscopyra terjednek ki. Ezt a külső hallójárat vizsgálatára és öblítésének technikájára követi és a fejezetet a lumbal punctio technikájának a leírása zárja.

A szív- és érrendszeri beavatkozásoknál a külső szív-massage anatómiáját és technikáját vázolják, részletezik a szívburkok és arteriák punctióját, a centrális vénás kateéterek, iv. infúziók és véna-sectiók alkalmazását. Ebben a fejezetben érintik a lábszár visszértágulatainak eltömítésével kapcsolatos tudnivalókat és az újszülöttek csere-transzfúzióját.

A légzőszerveknél az orr vizsgálatára mellett annak elülső és hátsó tamponálását ismertetik. Kitérnek az endotracheális intubációra, indirekt laryngoscopyra, laryngotomiára és tracheotomiára, a tüdő és pleuráris drenálására, valamint a pleura-biopsiára.

Az emésztőrendszer beavatkozásai közül a gyomor-bél tractus in-

tubatióját és biopsiáját, az intraperitoneális vizsgálatokat, a peritoneális dialysist részletezik, beszámolnak a percutan májbiopsia anatómiájáról és technikájáról, valamint az anus és rectum vizsgálatáról, illetve palpációjáról. Ebben igen jó kép-illusztrációval az ujjal történő rectalis vizsgálatot is részletesen leírják. Ismertetik a belső aranyeres csomók injekciós kezelését és a sigmoidoscopyt.

Az urogenitalis rendszerrel a percutan vesebiopsiát, a katéterezést, a cystoscopyt, a suprapubikus hólyag punctiót, a vaginalis vizsgálatokat tűkürrel is, valamint a hydrocele punctióját érintik.

Az izom- és vázrendszer vizsgálataiban a csontvelő-biopsiát (sternum punctio, medence taréjból, az alsó lumbalis csigolyák processus spinosusából, a gyermekek proximális tibia végének mediális oldalából), az intramuscularis és intra-gluteális injekciókat tárgyalják.

A tetszetős, szép kiállítású könyv bőséges képanyagával, jó beosztásával, egyszerű és könnyen érthető stílusával, anatómiai és technikai leírásával jó lehetőséget ad arra, hogy azt minden diagnosztikus és terápiás beavatkozással foglalkozó orvos és asszisztencia haszonnal forgathassa. Fejezetenként rövid pontokba foglalva a beavatkozások fontos szabályait, előnyeire és veszélyeire is felhívják a szerzők a figyelmet, sőt az utolsó oldalon a leglényegesebb irodalmi forrásokra is utalnak. Hasonló munka hazai megjelenése bizonyára nálunk is komoly érdeklődést keltene.

Angeli István dr.

Poser, Sigrid: Multiple Sclerosis. An Analysis of 812 Cases by Means of Electronic Data Processing. Springer, Berlin—Heidelberg—New York, 1978. VIII+93 lap, 28 ábra, 16 tábl. Ára: 36,— DM.

A sclerosis multiplex aetiologiájára és pathogenesisére vonatkozóan a legutóbbi néhány év során hatalmas mennyiségű epidemiológiai, neuropathológiai, immunológiai, virológiai, electrophysiológiai és biokémiai adat halmozódott fel. Ezek feldolgozása csak akkor vezet egyértelmű eredményhez, ha a különböző laboratóriumi leleteket egymással és a betegekre vonatkozó klinikai adatokkal vetjük egybe és ha a vizsgálatokat megfelelő nagy beteganyagon, egységes dokumentáció alapján végezzük. Egy ilyen tanulmány végzésére a hagyományos kórrajzírás nem alkalmas. Szerző elsőként dolgozott ki egy módszert a sclerosis multiplexes betegek gépi adatfeldolgozására. A monographia ennek a módszernek a leírását, az ennek használatával 17 német, dán és holland klinikán és 5 kutatóintézetben az elmúlt 5 év során elért eredményeket és a módszerben rejlő lehetőségeket tárgyalja.

Az alkalmazott gépi adatfeldolgozásos módszer egy optikai, fotocellás leolvasórendszer. Két ún. alapidokumentációs lapra és egy törzslapra a körlelmény, jelen állapot és körlelmény adatait kell előrenyomtatott téglalapokba ceruzával bejelölni. A beprogramozott gép ezeket a jeleket értékeli, a hiányosan, vagy helytelenül kitöltött lapokat visszacobja, a helyesen kitöltötteket szöveges kórrajz formájában legépeleli.

Beteganyaguk feldolgozása során a szerző a sclerosis multiplex prevalenciájára, nemek szerinti megoszlására, a betegség kezdetére, a klinikai tünettanra, körlelményre vonatkozóan gyűjtött megbízható adatokat. Ezek jórésze megegyezik számos szerzőnek hagyományos módszerrel, jóval kisebb anyagon kapott eredményeivel, de néhány figyelemre méltó eltérést is talált. Cerebrális tünetek pl. betegek 56%-ában fordultak elő, míg Kurtzknél csupán ezek 20%-ában. A betegség tartamának és körlelményének jelentős befolyása volt a rokkantság mértékére, míg a beteg korának a betegség kezdetén nem.

Az optikai leolvasó módszer előnye a következők. A kórrajzokat a gép megírja, így a hagyományos kórrajzírásra máskor felhasznált időt a dokumentálásra lehet fordítani. Az adatokat kódolás nélkül fel lehet dolgozni, ezért a kódolásra és lyukasztásra szükséges időt meg lehet takarítani és ez ezen műveletek közben létrejövő hibalehetőségeket ki lehet küszöbölni. A lapokat komputer nélkül is lehet olvasni, vagy feldolgozni. A program minden egyes résztvevője bármikor, bármelyik betegének valamennyi adatához hozzá tud jutni.

„A dokumentációs programok fáradságosak, időtrablók és nincsenek megáldva azzal a ragyogással, ami a felfogás hipotéziseken alapuló kísérleteket és laboratóriumi tanulmányokat olyan lebilincselővé teszi” — írja a könyv bevezetőjében Bauer professzor, a Sclerosis Multiplex Társaságok Nemzetközi Szövetsége Orvosi Tanácsadó Testületének elnöke. De Poser professzornő nagy tapasztalatokon alapuló, kristálytisza logikával megírt könyve rendkívül élvezetes olvasmány is és annyira hűzogat, hogy annak használatát valamennyi sclerosis multiplexessel foglalkozó kutató részére nélkülözhetetlennek tartom.

Pálffy György dr.

Klaus Thomas: Selbstanalyse. Die heilende Biographie, ihre Abfassung und ihre Auswirkung. 1976. (2. verbesserte Auflage), 256 oldal, ára: 12,80 DM. **Träume — selbst verstehen.** 1976. (2. erweiterte Auflage), 202 oldal, ára: 13,80 DM, 1979. (3. urveränderte Auflage), 202 oldal, ára: 14,80 DM. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, „Ärzt-

licher Rät für Gesunde und Kranke" sorozat.

A nyugati könyvkiadás a különböző „Do it yourself” (csináld magad) sorozatokban mind több önismertetőfejlesztő, pszichológiai öngyógyító módszerről igyekszik képet adni az olvasóknak. Az ilyen könyvek iránt általában nagy a kereslet. Ezek közé tartozik a Nyugat-Berlinben működő Klaus Thomas e két könyve is, amely évente, kétfévente újabb kiadásokat ér el (néhány olyan gyorsan, hogy a recenzioik nem győzik az új kiadásokat követni).

Thomas az öngyilkosság-megelőző lelki elsősegély-szolgálatok (telefonszolgálatok) egyik úttörője és e témakör vezető szakembere, és ő az egyike azoknak a pszichiátereknek, akik a különböző lelki tanácsadások, a speciális (főleg fiatalok) rétegeknek szóló különleges ambuláns pszichiátriai ellátások fontosságát hangsúlyozzák. Ő maga több ilyen tanácsadót és ambulanciát szervezett, és e téren hatalmas tapasztalatanyaggal rendelkezik. Könyveiben állandóan hivatkozik pl. több tízezres esetarchívumára, amelyből minden írásában bőven merít, és amelyek munkáinak illusztrációját szolgálják.

Talán speciális érdeklődéséből és vállalt feladataiból eredően is Thomas nagyobb súlyt helyez a páciensek aktivitására, önmegértésére és aktív önszervezésére, mint a pszichoterapeuták többsége. Betegei főleg fiatalok köréből kerülnek ki, közöttük a személyiség aktív és korrektív önszervezésének egyébként is nagyobb távlatai vannak. Ez a körülmény, a speciális érdeklődés és tapasztalatanyag azonban különlegesen alkalmassá teszi Thomast arra, hogy a nagyközönség számára olyan munkákat írjon, amelyek az értelmes, művelt emberek számára az önismeretet és az önkorrekcit lehetőséget teszik.

A két könyv a kitűzött feladatot ragyogóan oldja meg. Igen világos stílusban, a tudományos összefüggésekre és ismeretekre is bátran kitérve (sőt, további olvasásra, önképzésre serkentő módon) mondja el bennük a szerző, hogyan kell önmagunkkal, problémáinkkal foglalkoznunk. A önéletrajz pszichológiai feldolgozásához ad támpontokat, megvilágítva fontosabb fejlődési korszakokat és azok szerepét a személyiség problémáinak kialakulásában. A szerző mindenütt nyújt szempontokat az önvizsgálat érzelmi nehézségeinek leküzdésére is. Konkrét esetek bemutatásával a követendő eljárásokat különösen érthetővé teszi. Az *álomelemzés* módszerének alapos leírása lényegében a biográfiai önélelmzés elmélyítését teszi lehetővé, itt már ugyanis az olvasó a tudatalan kérdéseivel is kénytelen foglalkozni. Thomas az álmok különféle funkcióit írja le, nem arra buzdít, hogy egyféle nézőpontból

foglalkozzon álmaival az olvasó, hanem a múlt és a jövő tág összefüggésrendszerébe való beállításra serkent. Az álmok kérdéséről különösen sok eset, konkrét álomelemzés illusztrálja.

A könyvek nagy érdeme, hogy a szerző briliáns módon kerüli el műfájának legfőbb buktatóit. Olyan árnyaltan, körültekintően ír minden önismerteti problémáról, hogy az iatrogén-ártalom kizártnak tűnik, és ugyanakkor nem kelti az olvasóban azt az illúziót sem, hogy ő már mindent tud a témáról, mert a bonyolultabb, mélyebb háttér mindig kellően előtűnik. Úgy is lehetne ezt fogalmazni, hogy a szerzőnek sikerült megtalálnia és demonstrálnia azt a határt, ameddig értelmes ember önmaga megértésében elmehet. Ez a határ különben meglepően tág, és a szakember is elismeréssel olvashatja el a könyvben, hogy milyen sok pszichológiai ismeretet és hasznos önismerteti szempontot lehet nyújtani egyszerű, józan gondolatokon át.

A pszichoterápiával foglalkozók régen tudják és hangsúlyozzák, hogy a pszichikus zavarokban szenvedők száma olyan nagy, hogy mindenki nem kerülhet szakemberhez, ill. a szakemberhez kerülők kezelésében is az egyszerűbb, gyorsabb módszereknek kell előtérbe helyeződniük. Azt is tudják és hangsúlyozzák, hogy az önismeret és a belátás mértéke és képessége komoly mentálhigiénés tényező, hiszen ez nemcsak a pszichoterápiás erőfeszítéseket könnyíti meg, hanem megelőző értékű is lehet kisebb emberi konfliktusok, élményzavarok esetében, mert tünetképződésnek veheti elejét. Az olyan könyveknek tehát, mint amilyeneket Klaus Thomas írt, nagy a jelentősége, és ezek tekintetében e két könyv példaadó lehet.

Nemcsak a művelt laikusnak lehet tehát ajánlani olvasmányként e könyveket, hanem a mentálhigiénével foglalkozó szakembereknek és a pszichoterapeutáknak is. Mind az önélelmzés, mind pedig az önálló álomelelmzés problémakörének teljes szakirodalmát is áttekinti és ismerteti a szerző, így a köteteknek a gyakorlatban érintett szakemberek körén túlmenően is van elméleti érdekessége.

Buda Béla dr.

Balogh Ferenc: Urológia. Orvostanhallgatók és szakorvosjelöltek számára. Medicina Könyvkiadó. Budapest. 1978. 434 oldal. 271 ábra. Ára: 101 Ft.

A szerző célkitűzéseinek megértésére szeretnék idézni a tankönyv előszavából. „Az új tankönyv feladata az, hogy a régebbiektől átvegye azt, ami jó, a korszerű kívánalmaknak megfelelően csoportosítsa, iktassa be a modern eljárás-

sokat az urológia minden témaköréből, legfőképpen a diagnosztika, a differenciáldiagnosztika és a terápia területéről. Tudomásul kell azonban venni, hogy a tankönyvíró — még ha a könyve szakorvosjelölteknek is szól — teljességre nem törekedhet, mert az már a kézikönyv feladata.”

„Könyvemet annak reményében engedem útjára, hogy orvostanhallgatók, gyakorló orvosok, szakorvosjelöltek és szakorvosok egyaránt eredményteljesen forgatják majd szocialista egészségügyünk javára.”

A vállalt feladatot a szerző jól oldotta meg. Modern urológiai tankönyv áll előttünk.

A fejlődéstan, anatómia, szövettan, az élettan ismertetése helyes és fontos. Részletesen foglalkozik az anamnézis jelentőségével. A gyakorló orvosnak is ismernie kell azokat a tüneteket, amelyek urológiai elváltozásra hívják fel a figyelmet és így időben tudja szakorvoshoz küldeni a beteget. A gyakorló orvos számára is szükséges „a gondosan és türelmesen felvett anamnézis”. Az anamnézis ismerete azért is fontos, mert az urológiai megbetegedések diagnosztikájában kiemelkedő szerepet tölt be a műszeres vizsgálat, amelynek alkalmazása a beteg számára nem kényelmetlen, sőt gyakorlatlan kézben nem is veszélytelen. Az anamnézis helyes mérlegelésével e felesleges eszközös vizsgálatot elkerülhetjük.

Az anamnézis után a húgyivarszervek megbetegedéseit kísérő fájdalmas jellegzetességeit elemzi. Ennek pontos ismerete megkönnyíti a diagnózist. A vizeletvizsgálat, a vizelet mennyiségi változásai, a vizeletkiürítés zavarai megfelelő helyet kapnak a könyvben. Az eszközös vizsgálatok ismertetésénél nagyon helyesen felhívja a figyelmet arra, hogy ezek még szakorvos kezében is veszélyessé válhatnak. Minden urológiai eszközös vizsgálat a fertőzés veszélyét hordozza magában. Az eszközös vizsgálatok még ma is gyakoriak és szükségességek.

Sok korszerű radiológiai vizsgálatot ismertet. Ma már rutin eljárás az infúziós urographia, a nephrotomographia. Mind gyakrabban használjuk az angiographiát, a lymphangiographiát. Kihangsúlyozza, hogy ma már a mellékvese megbetegedéseinek diagnózisa el sem képzelhető angiographia esetleg szelektív angiographia nélkül. Külön fejezetet szentel az izotópok felhasználásának. A radioizotóp renographia ma már szinte mindennapos vizsgálat. A beteget nem terheli. Sugárártalma a kiválasztásos urographiának legfeljebb 10%-a.

A scintigraphia jelentőségét is kiemeli, mellyel például prostata-daganatok esetleges csontmetasztázisa előbb mutatható ki, mint röntgennel. Képekkel demonstrálja az ultrahang szerepét. Ellenjavallata nincs. Bármikor megismétel-

hető. Veszélytelen. Különösen a vesedaganatok, cysták diagnosztikájában, differenciáldiagnosztikájában, de más urológiai betegségek felismerésében is sokat ígérő segédeszköz. Ma már nagyon sok ultrahangkészülék van forgalomban. Nap-nap után újabb készülékeket gyártanak. Hozzáértő szakorvos nagymértékben elősegíti az urológus, de más szakorvos munkáját is. (A computer tomographiáról a tankönyv még nem tesz említést. A készülék drága. Egy kis intézet nem rendelkezik vele. Irodalmi adatok szerint a korszerű diagnosztikában nélkülözhetetlen.)

Nagyon objektíven foglalkozik a biopsiák jelentőségével. A vese-, prostata biopsia ma már igen elterjedt eljárás.

Az uraemiáról szóló fejezetben kiemeli, hogy sok új ismerettel gazdagodott az utóbbi években az orvostudomány, különösen, ami a terápiát illeti. A veseelégtelenség gyógyításában az ún. konzervatív-diéta, gyógyszeres kezelés mellett igen fontos szerepe van a peritoneális valamint a haemodialysis-nek. Fel hívja a figyelmet arra, hogy intermittáló haemodialysis segítségével a beteg élete jelentősen meghosszabbítható. De megemlíti azt is, hogy „az egész világon — és így nálunk Magyarországon is — lényegesen kevesebb gép és műveseállomás van annál, mint amennyire szükség lenne, amiből az következik, hogy nem tudunk minden rászoruló bevenni a krónikus dialysáló programba”. Az intermittáló dialysis a krónikus veseelégtelenségben szenvedők gyógyításában csak átmeneti állapot. Válogatott beteganyagon ma már világszerte nagy számban végzik a veseátültetést. A veseátültetésnek nagy irodalma van. Az átültetés kapcsán még mindig az immunbiológiai kérdések okozzák a legnagyobb nehézséget.

A 134-ik oldallal befejeződik az ún. általános rész és elkezdődik betegcsoportok szerint az egyes megbetegedések tárgyalása. A fejlődési rendellenességeket követik a gyulladások, a kövek, a daganatok és sérülések. Ez a tárgyalási mód a helyes, mert az urogenitális rendszer egységes egész. Az anyag felépítésében és beosztásában a didaktikai megfontolások vannak előtérben. Az egyes betegségeknel előbb a pathogenesissről,

majd tünetekről, diagnózisról, és végül a terápiáról beszél.

A gyulladások között tárgyalja az urológiai gümőkört. Felhívja a figyelmet arra, hogy míg a tüdőgümőkór lényegesen kevesebb lett, addig az urológiai megbetegedések száma még nem csökkent. A vese-gümőkór tünetei megnyúltek. Tünetesegény kórképek között azonban súlyos veseelváltozások rejtőzhetnek. A terápiás részből megtudhatjuk, hogy a gyógyszeres kezelés, konzervatív műtétek mellett a nephrectomiák száma lényegesen csökken.

A köves megbetegedések első része Berényi Mihály dr. kitűnő munkája. Foglalkozik a kőképződés komplex folyamatával. Táblázatban tünteti fel a leggyakoribb kőalkotó anyagok jellemző tulajdonságait valamint a kőképződés folyamatát saját elmélete szerint. Érdekes táblázatban foglalja össze a húgysavképződést. Ismerteti azokat az anyagokat, amelyek a húgysavkő oldásában felhasználhatók, egyéb kövek növekedését vagy képződését esetleg gátolják. Ma már egyes intézetek foglalkoznak a köves betegek gondozásával.

A daganatokról szóló fejezet bevezető részében a szerző azt írja, hogy ez az urológiai sebészet leglényegesebb és legérdekesebb része. A daganatokat a TNM rendszer szerint osztályozza. A daganatok között tárgyalja a hólyagnyakadenomát és hangsúlyozza, hogy a konzervatív kezelés véglegesen sohasem eredményes, előbb-utóbb az adenomát el kell távolítani. Nagyon fontos tudnivalókat közöl a prostatarákról. Beszél a szűrővizsgálatok fontosságáról. Majd a heredaganatok korai felismerésének jelentőségéről. A retroperitoneális nyirokcsomó eltávolításával elért biztató eredményekről.

Külön fejezetet szentel a sülyedt, a vándorvesének. A renális hypertoniának, melynek terápiája megfelelő esetben az arteria renáliston végzett műtét.

A húgyivarszervek sérüléseivel kapcsolatban hangsúlyozza, hogy az volna a helyes, ha urológus és baleseti sebész egyidejűleg foglalkoznának a beteggel.

Az andrológia című fejezetben a legújabb élettani, kórtani megállapításokat, a korszerű vizsgálatokat és a terápiát ismerteti.

Önálló fejezet a nőgyógyászati urológia, melynek ismerete mind

a nőgyógyász mind az urológus számára egyaránt fontos.

Az urológia határterületi vonatkozásai című részben hangsúlyozza, hogy „alig van a klinikai tárgyaknak olyan ága, amely az urológiával kapcsolatban ne volna”. Főleg differenciáldiagnosztikai kérdésekkel foglalkozik. Az urológiai góccok jelentőségét külön fejezet tárgyalja. A mellékvesék daganatait többnyire urológusok távolítják el, így természetes, hogy a mellékvesék megbetegedései is helyet kapnak a tankönyvben.

A gondozás kérdése szükséges és fontos téma. A gümőkóros betegek mellett ma már — ha még nem is ilyen szervezeten — de foglalkoznak a krónikus pyelonephritises, köves, daganatos betegek gondozásával is. A keresőképtelenség elbírálása című fejezet nagy segítséget nyújt a rendelőintézeti orvosok munkájához.

Az endoscopyás-transurethrális beavatkozásokat Kisbenedek László dr. nagyon jól foglalja össze. Megtanítja az olvasót többek között a transurethrális resectióra, a közútszra, a hólyagdaganatok eltávolítására.

74 oldalon ismerkedhetünk meg az urológiai műtéttannal. Ez szakorvosjelöltek számára készült. Kelemen Zsolt dr. nagyon komoly munkája. A műtéti indikációt kellő részletességgel követi a műtét kivitele. A rajzok jók, szemléltetőek.

A felhasznált irodalom felsorolása után részletes tárgymutató zárja a könyvet.

Számos kép, rajz, táblázat illusztrálja a szöveget, kár, hogy a röntgenképek egy része elmosódott. A könyv kiállítása, tipográfiája nagyon szép. A magyar orvostudomány kitűnő könyvvel gazdagodott. (Megjegyzésem: az Orv. Hetil. mindig szívesen adott helyet urológiai dolgozatoknak, elismerve a „kis szakma” jelentőségét. Az Orv. Hetil. legelső száma urológiai cikkel kezdődött. A húgykövekről hazánkban címmel Balassa János írta. És ezzel elérkeztem javaslatomhoz. A következő kiadásban helyes lenne a magyar, de a nemzetközi urológia történetének rövid ismertetése. Az urológia történetének ismeretét szakorvosjelöltek számára fontosnak tartom).

Zádor László dr.

A TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága 1979. szeptember 10-én, du. 2 órára tűzte ki **Kovács Tibor dr.**: „A víz- és szivízom kationtranszportját befolyásoló tényezők” c. doktori értekezésének nyilvános vitáját az MTA nagytermében.

Az értekezés opponensei: **Gárdos György dr.**, a biológiai tudományok doktora, **Guba Ferenc dr.**, a biológiai tudományok doktora, **Kelemen Károly dr.**, az orvostudományok doktora.

A TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága 1979. szeptember 11-én, du. 2 órára tűzte ki **Czéh Gábor dr.**: „A segmentális reflexek elektrofiziológiája a béka lumbalis gerincvelőjében” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA nagytermében.

Az értekezés opponensei: **Fehér Ottó dr.**, az orvostudományok doktora, **Lábos Elemér dr.**, a biológiai tudományok kandidátusa.

A TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága 1979. szeptember 13-án du. 2 órára tűzte ki **Csizér Zoltán dr.**: „Pertusszisz vakcinák biológiai standardizálása” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA nagytermében.

Az értekezés opponensei: **Kétyi Iván dr.**, az orvostudományok doktora, **Erdős László dr.**, az orvostudományok kandidátusa.

A Zala megyei Kórház—Rendelőintézet Tudományos Bizottsága 1979. szeptember 6-án (csütörtök) délután 15 órakor Zalaegerszegen, a Kórházban (Zrínyi M. u. 1.) tudományos ülést tart.

1. **Sipos József dr., Bartók Katalin dr., Gábor Valéria dr., Tóth Zoltán dr., Ribiczey Pál dr.**: Specifikus és nem-specifikus immunológiai vizsgálatok idült májbeteggek májszövetéből és peripheriás véréből (25 perc).
2. **Müller Sándor dr.**: Az orrvérzések ellátása (5 perc).

A Főv. Heim Pál Gyermekkorház, mint Délpest Területi Kórház 1979. szeptember 13-án, délelőtt 8 órakor Budapesten, az Orsz. Közegészségügyi Intézet nagy előadótermében (IX., Gyáli u. 2—6.) tudományos ülést tart.

Madarász Judit dr.: Röntgen-vizsgálatok a körzeti gyermekorvos szemszögéből.

A Kiskunhalasi Városi Kórház Tudományos Bizottsága 1979. szeptember 14-én (péntek) 14 órakor,

a Kórház előadótermében tudományos ülést tart.

Vértés László dr.: A geriatria néhány időszerű kérdése.

A Somogy megyei Tanács Kórház-Rendelőintézet Orvosi Kara, a MAOTE Somogy megyei szervezete 1979. szeptember 24—25—26-án Siófok-Balatonszéplakon, az Interpress Hotelban rendezi a XXII. Somogyi Orvosnapokat.

1979. szeptember 24., 9 óra

MEGNYITÓ

9.30 óra

Csecsemő- és gyermekgyógyászati ellátás

Elnökség: **Mestyan Gyula dr., Gyódi Gyula dr.**

1. **Mestyan Gy. dr. (Pécs)**: Mérlegelések, döntések az orvosi tevékenységben (25 perc).
2. **Fekete M. dr. (Pécs)**: Postnatalis növekedési zavarok jelentősége és felismerése (25 perc).
3. **Klujber L. (Pécs)**: Raktározási betegségek felismerése és terápiája (20 perc).
4. **Soltész Gy. dr. (Pécs)**: Juvenilis diabetes aktuális problémái (20 perc).
5. **Rubecz I. dr. (Pécs)**: Intenzív ellátás a csecsemő- és gyermekgyógyaszatban (20 perc).
6. **Gyódi Gy. dr., Környei V. dr. (Kaposvár)**: Antropometriás indexek alkalmazása gyermekkorú szűrővizsgálatokban (10 perc).

Megbeszélés

15 óra

A sectio

Elnökség: **Kaszás Tibor dr., Pozsár József dr.**

7. **Kaszás Tibor dr., Czidei E. dr. (Siófok)**: Felső húgyúti fejlődési rendellenességek gyakorisága és megoszlása 10 éves beteganyagunkban.
8. **Prievara F. dr., Vágvolgyi E. dr., Bánk J. dr. (Kaposvár)**: Magzatvíz vizsgálatok jelentősége az IRDS megelőzésében.
9. **Vágvolgyi E. dr., Gyódi Gy. dr., Tarján L. dr., Jakó A. (Kaposvár)**: Újszülöttkori véralvadási vizsgálatok.
10. **Róth Zs. dr., Pozsár J. dr., Gulyás E. dr. (Marcali)**: Mortalitás vizsgálat 5 éves csecsemőanyagunkban, különös tekintettel akut eseteinkre.
11. **Iliev I. dr., Kelle M. dr., Huszár Zs. dr., Bata G. dr. (Kaposvár)**: Gyermekkorban felismert pseudocysticus choledochus dilatatio.
12. **Fodor J. dr., Prievara F. dr., Szemerei I. dr. (Kaposvár)**: Kedvezőtlen szocio-ökonómikus helyzetűek születe a megyei kórházban.
13. **Zsolnay L. dr., Kaszás T. dr. (Siófok)**: Az MSZSZ helye és szerepe az integrált gyermekegészségügyi ellátásban.

Megbeszélés

15 óra

B sectio

Elnökség: **Kósik Gyula dr., Tóth Károly dr.**

48. **Kutas M. dr., Ükös M. dr., Mintál T. dr. (Szekszárd, Dombóvár)**: Differenciáldiagnosztikai nehézséget okozó eosinophil-sejtes gastritis esete.
49. **Muskáth J. dr., Nagy M. dr. (Kaposvár)**: Steroid narkózissal szerzett tapasztalataink.
50. **Pécsi L. dr. (Kaposvár)**: Nyelőső-diverticulumok osztályunk anyagában.
51. **Szabados Gy. dr. (Kaposvár)**: Hiatus hernia sebészete.
52. **Csorba L. dr. (Kaposvár)**: Cardia resectio bélpótlással.
53. **Dobler F. dr., Hugyák J. dr. (Siófok)**: Musculus rectus abdominis tunnell syndroma etiopatogenézise és terápiájának vázolása két caracteristicus eset bemutatása kapcsán.
54. **Kóhalmi I. dr., Batho G. dr., Dettre G. dr. (Kaposvár)**: A próba hasmetszések értékelése (10 éves beteganyag alapján).

Megbeszélés

1979. szeptember 25., 8.30 óra

A máj és epeutak megbetegedései

Elnökség: **Boros György dr., Fekcs Béla dr.**

14. **Jávör T. dr. (Pécs)**: A cholelithiasis újabb problémái (20 perc).
15. **Gógl A. dr., Simon K. dr., Vezekényi Zs. dr., Jávör T. dr. (Pécs)**: A Zixorynnal mint új enziminduktorral nyert tapasztalataink (10 perc).
16. **Endrényi F. (Budapest)**: Máj és epeutak megbetegedéseinek kezelése Lipoid acid és Alcoholol készítményekkel (10 perc).
17. **Boros Gy. dr., Ésik O. dr., Orbán I. dr. (Kaposvár)**: A chronikus aktív (agresszív) hepatitisz diagnosztikai problémái.
18. **Zavilla N. dr. (Kaposvár)**: Adatok a máj-biopsziával kapcsolatos szövődmények problémáihoz.

10.15 óra

Megbeszélés — Szünet

A sectio

Elnökség: **Herr Gyula dr., Csonka Sándor dr.**

19. **Kelle L. dr., Kelemen K. dr., Fodor L. dr., Bóta L. dr. (Nagyatád)**: Máj- és epeútbetegségekben végzett gamma-glutamyl-transferase vizsgálataink.
20. **Herr Gy. dr., Tunyogi Cs. M. dr., Kelemen K. dr., Toronyi D. dr.** (Nagyatád): Hepatopathia alcoholica gyakorisága az alkoholelvonáson megjelent betegeken.
21. **Ósz E. dr., Boros S. dr., Tábor I. dr. (Marcali)**: Szérum magnézium szint meghatározásának tapasztalatai cholestasisokban.
22. **Tábor I. dr., Sebes M. dr. (Marcali)**: Epeköbetegségek halmozódása osztályunk anyagában.

23. *Fekcs B. dr., Gróh V. dr., Major E. dr., Görög M. dr.* (Siófok): Endoscopos retrograd cholangiographiával vizsgált betegekkel szerzett tapasztalatok.

24. *Kenderesi P. dr., Majtényi A. dr.* (Kaposvár): Sikertelen epeköldás chenodesoxycholsavval.

25. *Berta M. dr., Orbán I. dr.* (Kaposvár): Különleges lefolyású és pathológiai megjelenésű epeútcarcinómák.

26. *Kiss I. dr., Kerekes I. dr.* (Kaposvár): A máj-functio és az általános érzéstelenítésnél használt gyógyszerek kölcsönhatásai.

Megbeszélés

15 óra

Elnökség: *Dettre Gábor dr., Rádl Antal dr.*

27. *Dettre G. dr., Rozsos I. dr., Seffer I. dr.* (Kaposvár): Epeműtétek utáni késői reoperációk.

28. *Halmos F. dr., Rozsos I. dr., Dettre G. dr.* (Kaposvár): Heveny obstructiv cholecystitis gyógykezelése az idős korban.

29. *Rozsos I. dr., Halmos F. dr.* (Kaposvár): A ductus cysticus syndromáról.

30. *Szabolcsy T. dr.* (Kaposvár): Ritkább szövödmények cholecystectomy után.

31. *Nagy G. dr., Köhalmi I. dr.* (Kaposvár): Újabb szempontok az epeútrendszer dyskinesisének sebészeti kezelésében.

32. *Fodor P. dr., Metz J. dr., György B. dr.* (Marcali): A cholesterosis mint műtéti indicatio epés beteganyagunkban.

33. *Jéhn A. dr., Gergely S. dr.* (Dombóvár): Az epekő-ileusról 10 esetünk kapcsán.

34. *Vincze K. dr.* (Kaposvár): Az ascites kezelése peritoneojugularis shunt-műtéttel.

Megbeszélés — Szünet

16.40 óra

Elnökség: *Viczián Antal dr., Kelle László dr.*

35. *Iliev I. dr., Báthory É. dr., Kelle M. dr., Huszár Zs. dr.* (Kaposvár): A cholegraphia elméleti alapjai és néhány gyakorlati vonatkozása.

36. *Barton A. dr.* (Kaposvár): A röntgendiagnosztika módszerei és eredményei a spontán epe-fistulák és choledochoduodenostomiák vizsgálatában.

37. *Horváth L. dr., Lőke M. dr., Verkman S. dr.* (Nagyatád): Tapasztalataink az intraoperatív telecholangiographiával.

38. *Kósik Gy. dr., Kozári M. dr.* (Kaposvár): A májon és epeutakon végzett műtétek anaesthesiológiai sajátosságai.

39. *Berta M. dr.* (Kaposvár): Máj- és epeútbetegségek klinikopathológiai tanulságainak összegezése 5 év sectiós anyagában.

Megbeszélés

1979. szeptember 25., 10.15 óra

B sectio

Szabadon választott témák

Elnökség: *Domány Sándor dr., Szpornyi Gyula dr.*

55. *Lukács A. dr., Tótor G. dr., Gordán F. dr., Gueth Gy. dr.* (Kaposvár): Talus izolált nyílt ficama.

56. *Gordán F. dr., Tótor G. dr., Lukács A. dr., Bogdán T. dr.* (Kaposvár): Hüvelykujj alapízületi volaris szalagsérülések kezelésében szerzett tapasztalataink.

57. *Fazekas J. dr.* (Siófok): A kéz infekciók korszerű kezelése.

58. *Csók I. dr., Bárdos E. dr.* (Kaposvár): Az orrmelléküreg törések és kezelése.

59. *Tóth A. dr., Gazdag I., Jakó A. Rámpay E. dr.* (Kaposvár): Orális kontraceptívumokat szedő nők thrombosis-hajlamának vizsgálata.

60. *Lőke M. dr., Horváth L. dr.* (Nagyatád): Gyakorlatunk a thromboemboliás prophylaxis területein.

61. *Fülöp L. dr., Fazekas J. dr., Kerényi L. dr.* (Siófok): Kis dózisú Heparin adásával szerzett tapasztalataink a thrombosis profilaxisban.

Megbeszélés

15 óra

Elnökség: *Tunyogi Cs. Miklós dr., Szabados Rezső dr.*

62. *Ifi F. dr., Káplár L. dr., Bogdán J. dr.* (Marcali): A rosszindulatú nőgyógyászati tumorkok osztályunk 7 éves anyagában.

63. *Bárdos L. dr., Prievara F. dr., Fodor J. dr.* (Kaposvár): Bantisyndroma és terhesség.

64. *Tunyogi Cs. M. dr., Tornay D. dr., Koncz G. dr.* (Nagyatád): Alkohollevonó kúra és utógondozás lehetőségei és szervezési kérdései.

65. *Szűcs K.* (Kaposvár): A kisgyermekkorú és a schizopren gondolkodásmód formái összehasonlítása.

66. *Tóth L. dr., Baumann M. dr.* (Kaposvár): Vertigo epidemica.

67. *Csapláros Zs. dr.* (Kaposvár): Maradékfogazat sínezése saját szerkesztésű eljárással.

Megbeszélés — Szünet

16.40 óra

Elnökség: *Végi János dr., Csitári László dr.*

68. *Zachariás I. dr.* (Kaposvár): Xanthomatosis eruptiva papulosa.

69. *Borsos S. dr., Endrédi S. dr.* (Marcali): Heveny pancreatitis eseteink értékelése.

70. *András J. dr., Borsos S. dr.* (Marcali): Myocardialis infarctus előfordulása osztályunk 10 éves anyagában.

71. *Herr Gy. dr., Kelle L. dr., Pelyhe J. dr., Palotai Z. dr., Kovácsy T. dr., Kompa F. dr.* (Nagyatád): Myocardialis infarctuson átesett betegek rehabilitációja.

72. *Szerényi Gy. dr., Bőjtiné dr., Zogula Dhima* (Siófok): Mentőállo-

más és gyógyszerár forgalma a balatoni időjárás események tükrében.

73. *Haug A. dr.* (Balatonföldvár): Az 1831-es kolerajárvány Siófokon.

Megbeszélés

1979. szeptember 26., 8.30 óra

A sectio

Szabadon választott témák

Elnökség: *Tarján László dr., Iliev Ilia dr.*

40. *Frankl J. dr.* (Kaposvár): Újabb adatok a kaposvári kórház történetéhez.

41. *Nagy Gy. dr., Korom I. dr.* (Kaposvár): Arzen-keratosis és melanosis.

42. *Tóth K. dr., Molnár J. dr., Kovács L. dr.* (Kaposvár és Pécs): Térdizületi keresztszalagpótlások pateláinnal.

43. *Gueth Gy. dr., Tótor G. dr., Gordán F. dr., Lukács A. dr.* (Kaposvár): A térd medialis oldalszalagjának pótlása a m. semitendinosus inával.

44. *Orbán I. dr.* (Kaposvár): Vese-papilla necrosis és kőképződés.

45. *Kaiser M. dr., Dálnoki F. dr.* (Pécs): Enzimvizsgálatok Centrifichem analyseren.

46. *Dálnoki F. dr., Kaiser M. dr.* (Pécs): A szűrővizsgálatok jelentősége, korszerű laboratóriumi módszerek a diabetes mellitusban.

47. *Tóth T. dr., Ambrus M. dr., Boros Gy. dr.* (Kaposvár és Pécs): Familiaris IgA-hiány.

Megbeszélés

B sectio

Elnökség: *Andrasofszky Barna dr., Csorba Lajos dr.*

74. *Báthy S.-né dr.* (Kaposvár): Kudarok és lehetőségek a területi pszichiatriai ellátásban.

75. *Vincze E. dr.* (Kaposvár): Lokális vibrációnak kitett dolgozók vizsgálata.

76. *König M. dr.* (Kaposvár): Zajos expozícióban dolgozók hallásvizsgálatának jelentősége.

77. *Gimesi M. dr.* (Kaposvár): Tympanoplastica osztályunk gyakorlatában.

78. *Horváth M. dr.* (Kaposvár): A vakásg okairól és a szembetegségek gerontológiai vonatkozásairól (Heves megyei adatok tükrében).

79. *Farkas M. dr., Albert A. dr., Kardos E. dr.* (Mosdós): A perfusiós tüdő-scintigraphia jelentősége tüdőbetegségek kórismézésében.

80. *Gáspár F. dr., Szalay Z. dr.* (Kaposvár): A szájüregi retentiós nyáktömlők műtéti megoldásának új módja.

Megbeszélés

11.30 óra

A sectio

Az Orvosnapok értékelése. Zárzó.

Meghívók igénylése és mindenemű felvilágosítás a kaposvári Megyei Kórház igazgatóságától.

Egészségügyi Minisztérium tájékoztatója az 1979. június havi fertőző megbetegedésekről

A járványügyi helyzet általános jellemzése

Az enterális fertőző betegségek közül a salmonellosis esetek száma közel kétszerese volt az előző hónapinak, amit a szezonális emelkedésen kívül a május végén Komárom megyében lezajlott fagyaltjárvány betegeiről júniusban beérkezett bejelentések okoztak. Kissé több volt a dysenteria esetek száma is, viszont dyspepsia coli és hepatitis infectiosa kevesebb fordult elő.

A cseppfertőzéssel terjedő betegségek, a jellemző szezonálisitásnak megfelelően csökkentek. Különösen nagyfokú volt a rubeola csökkenése, a járvány márciusban észlelt csúcsa (46 146 eset) után hónapról hónapra csökkent a bejelentések száma (áprilisban 29 581, májusban 25 941 eset), júniusban már csak 8661 beteget, azaz az előző hónapnak egyharmadát jelentett be.

Az idegrendszeri fertőző betegségek közül több meningitis serosa és encephalitis infectiosa került bejelentésre mint az előző hónapban. A meningitis serosa megbetegedések száma a mediánnak kerekken másfélszerese, az encephalitis infectiosa a háromszorosa volt. A hónap folyamán megbetegedettek életkor szerinti összetétele eltért az 1978. évi járvány azonos időszakától: a meningitis serosás betegeknek ez évben 38,3⁰/₀-a, az encephalitis infectiosában megbetegedettek 9,8⁰/₀-a volt 0—5 éves korú, az előző évi 45,8⁰/₀, ill. 31,7⁰/₀-kal szemben. Ez arra utal, hogy a megbetegedések zömének aetiológiája eltér az 1978. évi járványétól.

Az anthropolozoonosisok közül kiemelendő, hogy újabb Q-láz megbetegedéseket jelentettek be Bács-Kiskun megyéből, ugyanazon tsz dolgozói közül, ahol 1978 II. felében az első hazai járványt észlelték.

Kiemelésre érdemes járványügyi események

Salmonellosis. Májustól kezdődően országsszerte folyamatosan halmozódtak a *S. enteritidis* által okozott ételfertőzések, melyek közül júniusban a legjelentősebb Szegeden zajlott le. A MÁVAUT-állomás közelében mozgó árusítól vásárolt, nem megfelelően hűtött fagyalt fogyasztói közül 126 személy megbetegedését derítették fel. Kórházban 34 beteget ápoltak. A betegek tényleges száma ennél jóval több lehetett, mivel a fagyaltozók egy része azonnal továbbutazott a megye, ill. az országhatáron túlra, más része az enyhébb tünetekkel nem fordult orvoshoz. 89 beteg székletéből, valamint az árusított fagyaltfélések mintáiból egységesen 4-es fágtypusú *S. enteritidis* tenyésztett ki. A fagyaltot készítő, továbbá a fagyaltárusító személy tünetmentesen azonos fágtypusú kórokozót ürített, így a fertőzőforrásként való szerepük nem volt kizárható.

A házankban 1974-ben első alkalommal izolált és fokozatosan elterjedőben levő *S. hadar* szerotípus júniusban *Mezőtúron* (Szolnok m.) a Baromfikellető Állomás dolgozói között lúdtójas közvetítésével járványosan fordult elő. A 27 dolgozó közül 3 beteg és 18 tünetmentes személy széklete volt *S. hadar* pozitív. A családtagok között további 3 tünetmentes ürítőfő derítették fel. A fertőződés részben a fekáliával szennyezett héjú tojások válogatásával, részben a keltesésre

alkalmatlan, kedvezményesen árusított tojások fogyasztásával következett be. A keltetés során „befulladt” lúdtőjások mintáiból izolált törzsek *S. hadarnak* bizonyultak. A human izolálásokkal párhuzamosan az ÉHESZ központi laboratóriumában is halmozódott az ország különböző területeiről származó baromfi-félékből és tojásokból izolált *S. hadar* törzsek száma.

E. coli 04 K12 járvány. A fővárosban a XX. ker.-i Tanács V. B. Szülő és Nőbeteg Kórházának (XX. Baba u. 91.) újszülöttrészlegén május 15. és június 10. között *E. coli* 04 K12 okozta járvány zajlott le. A fertőzés veszélyének kitett 127 újszülött közül 16 megbetegedett és 10 tünetmentes ürítővé vált. A megbetegedés klinikailag főleg köldökűbőrmő formájában jelentkezett, a betegek közül két kis súlyú koraszülött sepsis tünetei középette meghalt. A járvány kialakulását feltehetően elősegítette az osztályon és az ellátással kapcsolatosan tapasztalt számos higiénés hiányosság, bár a közvetlen környezet és az ápoló személyzet bakteriológiai vizsgálata negatív eredményű volt. A szülészeti részlegen a Fővárosi KÖJÁL felvételi zárlatot rendelt el, amit zárofertőtlenítés és az újszülöttrészleg festése után oldottak fel.

Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon

	Június			Január 1—június 30+		
	1979	1978	Medi- 1973 —77 án	1979	1978	Me- dián 1973 —77
Typhus abdominalis	—	5	5	10	11	26
Paratyphus	1	—	1	1	2	6
Salmonellosis	1025	683	643	2 640	2 215	2086
Dysenteria	427	337	553	2 240	1 871	3376
Dyspepsia coli	62	61	149	303	413	621
Hepatitis inf.	426	472	467	3 316	3 503	3488
Poliomyelitis	—	—	—	—	—	2
Diphtheria	—	—	1	1	1	3
Scarlatina	611	929	649	7 314	6 811	5547
Morbilli	11	29	43	293	171	531
Rubeola	8661	2707	—	150 704	9 604	—
Parotitis epid.	3392	5366	—	34 264	30 465	—
Pertussis	8	12	7	38	28	31
Meningitis epid.	5	6	7	39	46	37
Meningitis serosa	76	130	47	292	303	152
Encephalitis inf.	78	67	26	176	144	68
Mononucle. inf.	50	54	49	299	316	278
Keratoconj. epid.	15	1	2	70	7	18
Malaria	1*	1*	—	7*	3*	—
Typhus exanth.	—	—	—	—	—	—
Staphylococcus	16	36	37	128	158	187
Tetanus	7	11	7	23	27	25
Anthrax	—	—	—	—	—	—
Brucellosis	3	3	12	18	22	61
Leptospirosis	5	17	3	12	33	18
Tularemia	2	2	6	12	4	13
Ornithosis	3	—	4	3	3	17
Q-láz	11	—	—	3	—	—
Lyssa	—	—	—	—	—	—
Taeniasis	4	5	8	31	22	35
Trichinellosis	—	—	—	—	1	—
Lyssa fert. gyanús sérülés	173	198	139	1 024	1 233	936

+ Előzetes, részben tisztított adatok.

* Importált esetek.

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 17 000 példányban

A kiadásért felel Dr. Petrus György igazgató

Telefon: 116-660

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál.

a Posta hírlapüzletében és a Posta Központi Hírlap Irodáná

(Budapest V., József nádor tér 1., Postacím: 1900 Budapest)

közvetlenül vagy átutalási postautalványon, valamint átutalással a PKHI MNB 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámára.

Szerkesztőség: 1363 Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 325-109, ha nem felel: 327-530/135

Előfizetési díj egy évre 432.— Ft, negyedévre 108.— Ft, egyes szám ára 9.— Ft



79.1516 Tipografika Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

ISSN 0030—6002

INDEX: 25 674

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:

MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:

ALFÖLDY ZOLTÁN DR.
BRAUN PÁL DR.
DARABOS PÁL DR.
ECKHARDT SÁNDOR DR.
† FISCHER ANTAL DR.
FÜZI ISTVÁN DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR.
PETRI GÁBOR DR.
PETRÁNYI GYULA DR.
SZÁNTÓ GYÖRGY DR.

*

Felelős szerkesztő:

TRENCSENI TIBOR DR.

*

Munkatársak:

PAPP MIKLÓS DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
BTAGE ZSUZSANNA DR.
WALSA RÓBERT DR.
BUDA BÉLA DR.
HONTI JÓZSEF DR.
VÉRTES LÁSZLÓ DR.

*

120. ÉVFOLYAM

*

36. SZÁM

*

1979. SZEPTEMBER 9.

TARTALOMJEGYZÉK

Fischer Antal dr. (1901—1979) 2158

Kollektív tanulmány

A Hodgkin- és nem Hodgkin lymphomák
gyakoriságáról 2161

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Stuber Adrienne dr. és Mészáros Klára dr.:
Populációs vizsgálatok köldökvérből II. 2165

Pulay Tamás dr., Csömör Sándor dr.
és Solymos Árpád dr.:

A carcinoembrionalis antigén jelentősége
a méhnyakrák kórlefolyásának
nyomonkövetésében 2171

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Balogh Erzsébet dr., Mátyus Adorján dr.,
Németh Csilla dr.
és Szabadosné Németh Mária:

Diphedan kezelés mellett jelentkező
átmeneti IgA csökkenés 2179

THERAPIÁS KÖZLEMÉNYEK

Nagy Lajos dr., Vastag Endre dr.
és Magyar Pál dr.:

A dinátrium-chromoglykát hatása
terhelés kiváltotta hörgőgörcsben 2183

RÖVID METODIKAI KÖZLEMÉNYEK

Soós József dr., Nagy Gábor dr.
és Angyal Pál dr.:

A betegek előkészítése
beöntéses és kiválasztásos
röntgenvizsgálatokra 2187

HORUS

Korunk természettudományos
és technikai világképe —
ahogyan azt az elmebetegek megélik 2189
Adalékok Politzer professzor életéhez 2191
Lippay Gáspár (1809—1895) 2193
Tiradentes, a felnagyított fogorvos 2194

Folyóiratreferátumok 2199

Levelek a szerkesztőhöz 2211

Könyvismertetés 2213

Hírek 2215



Dr. Fischer Antal

(1901 – 1979)

Mély megrendüléssel búcsúzunk Fischer Antal dr. egyetemi tanártól, a kiváló orvostól, a kutatótól, szeretett munkatársunktól, aki a felszabadulást követően a történelmi korforduló időszakában, az első között kapcsolódott be az újjászületett Orvosi Hetilap szerkesztő bizottságának munkájába és annak megalakulásától 1979. július 15-én bekövetkezett haláláig tevékeny tagja volt.

Elvesztése felett érzett fájdalomunkban csendes, szelíd, kiegyensúlyozott egyéniségét idézzük, humorát, mely megfért éles judiciumával, kedélyének élénkségét és személyének bizalomkeltő alaposságát, bölcsességgé szűrődött műveltségét, széles látókörét, ugyanakkor mély szaktudását, amelyre a szerkesztőség oly hosszú időn át bízott támaszkodhatott.

Fischer Antal dr. 1901. szeptember 8-án, Pozsonyban született, ahol édesapja, *Fischer Jakab dr.* az Állami Kórház ideg- és elmegyógyász főorvosa volt. Orvosi tanulmányait Bécsben és Budapesten folytatta és 1926. július 23-án Bécsben avatták doktorrá. Tudományos pályája harmadéves orvostanhallgató korában indult és doktorálásáig több dolgozatát közölte a *Biochemische Zeitschrift*, köztük olyat is, amit professzorával, *Otto Fürthtel*, a *Fiziológiai Kémiai Intézet* igazgatójával együtt írt. Hogy egy életre elkötelezte magát a klinikai felfedezéseiért — említette egy alkalommal —, azt a bécsi intézet tudományos megismerésre ösztönző légkörének köszönhette. Még a második bécsi iskola idején, a Wöhler- és Leibig-tanítvány *Florian Heller* vetette meg ennek az intézetnek alapjait, *E. Ludwig* fejlesztette önálló tanszékké, *J. Mauthner*, *H. Fischer* és *E. Fromm* tették finom analitikai

eljárásaikkal a modern fiziológiai vegytan reprezentáns műhelyévé.

Fischer Antal egymást követő tanulmányaira nyomatékosan figyelhettek fel a tudományos fórumok, mert még oklevele megszerzése esztendejében laboratóriumvezetőnek hívták meg, főorvosként alkalmazták Aachenben egy betegpénztári reumakutató intézetben. Az itt eltöltött hét tevékeny év gyümölcse a reuma kórtanáról és klinikumáról írt 30 tanulmánya és első monográfiája, amely *„Rheumatismus und Grenzgebiete* címmel, két kiadásban is megjelent a Springer Kiadónál. Intézeti tevékenysége, publikációi, melyek a biochemiai témák mellett mind jobban felölelték a szerológia, immunológia, allergológia területeit, új felismerésekkel gazdagítva az akkori reumatológiát, széles körben keltettek figyelmet. A *Belák Sándor* szerkesztésében és a MOKT kiadásában 1941-ben megjelent első nagyszabású hazai reumatológia Fischer számos megállapítását egyetértően kommentálta, a Nemzetközi Reumaorvosi Liga tudományos bizottsága pedig titkárává választotta.

A tudományos kutatás iránti alapvető vonzalma soha nem szűkítette le érdeklődését és nem zárta el a változó valóság „külső” realitásaitól. Amikor 1933-ban a hitlerista állam hivatalosan is formát öltött és nyíltan kezdte felfedni igazi arcát, Fischer Antal lemondott aacheni állásáról és Párizsba költözött, ahol a lehetőségekhez alkalmazkodva, szerológiai és szerodiagnosztikai kutatásokban merült el, amiről francia nyelvű közleményei tanúskodnak. Röviddel később Budapestre helyezte át működése színterét és a biochemiai, immunológiai ismereteit hasznosítva bekapcsolódott a fejlődő hazai nagyipari gyógyszergyártást előkészítő kutatásokba. 1934-től a felszabadulásig vezette a

Chinoin Gyógyszervegyészeti Gyár biológiai laboratóriumát és sikerrel vett részt endokrinológiai és chemotherapiás készítmények, például az *Akrofolin* és az *Ultraseptyl* kifejlesztésében. Biológiai, farmakológiai kutatási eredményeiről folyamatosan adott számot közleményekben, előadásokban, tanácskozásokon. Ezek az évek voltak egyben a családalapítás boldog éve is Fischer Antal számára.

A második világháború felforrósodó, mind környezetlenebbé, tragikusabbá váló eseményei és az experimentális munka gyérülő lehetőségei közepette számára is a számvetés, az emberi sorson, tudományon való töprengés időszaka következett el. A laboratóriumtól az íróasztalhoz menekült és papírra vetette érdekes gondolatait a tudományos haladás, a tudományos megismerés rögzös útjáról. A gondolatok egy sikerült monográfiában nyertek végső formát és ez 1946-ban, majd átdolgozott formában másodikban, 1967-ben jelent meg, ugyancsak a Springer Verlagnál. A könyv megjelenését követően Fischer Antalt egy tudományelméleti nemzetközi munkacsoportba invitálták, amelynek tevékenységét *Erich Lange* erlangeni fiziko-kémikus koordinálta.

Ha a háború utolsó éveinek nyomasztó atmoszférája csak a sors fölött való eszmélődésnek adott alkalmat, a felszabadulással a legteljesebb orvosi aktivitásra kínálkozó lehetőség, olyan munkakörben — körzeti orvosi teendők ellátásában —, amiben korábban nem volt része. Két község, *Jászjókóhalma* és *Kistelek* összesen hétezer nyi lakosát kezelte, gondozta és közegészségügyi, epidemiológiai tudása hasznosítása mellett, öröme szolgált, hogy elméleti ember létére is sikerrel birkózott meg a szükséges gyakorló orvosi beavatkozásokkal, a meglehetősen mostoha falusi körülmények között. Tapasztalatairól a Népegészségügy hasábjain adva számot, javaslatot tesz a falusi rendelők korszerűsítésére, a hálózat fejlesztésére, a szakemberképzésre és az általa helyesnek tartott tömegellátási rendszer irányelveire. 1946-ban magántanár lesz, majd a budapesti II. sz. Belgyógyászati Klinika laboratóriumvezetője. Az elkövetkező három évtized életének legkiégységűsúlyozottabb, legtermékenyebb korszaka. Munkássága elmélyül a korábban művelt irányokban és új területekkel bővül, mint a munkaértalmak pathogenesise, a vese élet- és kórtana, az elméleti és klinikai hepatológia. 1952-ben az orvostudományok kandidátusa. Kinevezik a III. sz. Belgyógyászati Klinikára docenssé, egyben megbízzák a laboratórium vezetésével. Hét év múlva visszatér a II. sz. Belgyógyászati Klinikára, ahol ugyancsak docenssé, majd egyetemi tanárrá nevezik ki. A hatvanas évek elején *Ch. Rouiller* professzor felkérésére részt vesz egy fejezet megírásával az *Academic Press* kiadásában megjelent „Dynamics of the Circulation in the Liver” c. monográfia elkészítésében. 1965-ben megvédi „*A máj funkcionális pathológiájának egyes fontosabb kérdései*” c. doktori disszertációját. Gyarapodnak az elismerések: elnyeri a *Kiváló orvos* címet, a *Jendrassik*-emlékérmét és a csehszlovák *Purkinje* Társaság emlékérmét. A *Magyar Laboratóriumi Diagnosztikai Társaság* 1966-ban alelnökévé, 1973-ban pedig elnökévé választja.

1971 szeptemberében, nyugalomba vonulásával nem zárul le termékeny tudományos és orvosi munkássága. Klinikai tanácsadóként működik, részt vesz az *Orvosi Hetilap* szerkesztő bizottsági munkájában, előadásokat tart, könyveket, tanulmányokat ír és nagy gonddal szerkeszti a *Medicina Könyvkiadó* által 1968-ban indított *Az orvostudomány aktuális problémái* c. sorozatot, amelynek 35. és 36. kötetét még halála előtt nyomdakész állapotban hagyta.

Több mint másfélszáz közleménye, vagy 15 kötete, monográfiája, önálló tanulmánya gazdag és páratlanul sokoldalú munkásságáról tanúskodik. Vegyük mindehhez hozzá, hogy a határokon túl végzett munkája, idegen nyelven publikált közleményei alapján külföldön is számon tartották őt. Valójában azonban, mi honfitársai és akik közel állottunk hozzá vagyunk képesek felmérni munkásságának enciklopédikus dimenzióit. De mi is csak feltételezhetjük róla, hogy ambivalens hajlam nyilatkozott meg benne: az experimentálás volt életeleme, de szíve már korán a klinikumhoz húzta, amikor a mozgásszervi betegségek felé orientálódott, éppenúgy, mint amikor a foglalkozási bántalmak pathogenesist kutatta, majd később farmakológus-biológusként a gyógyszerek hatásmechanizmusát vizsgálta. Feltételezhetjük és talán nem jogosulatlanul, hogy az elméleti munka céltudatos orientáció volt számára a gyakorlathoz, a klinikum számára nélkülözhetetlen pathophysiológiai összefüggések tisztázásához.

Minden szóbeli vagy írásbeli megnyilatkozásából kitűnt egészségpolitikai felkészültsége, szak tudása. Akiaz Orvosi Hetilapban 1972. évi Markusovszky-előadását olvasta, taasztalhatja, milyen kitűnő érzékkel látta meg a betegellátás gyakorlati feladatait, például a laboratóriumok egyes részlegei összevonásának és automatizálásának szükségességét, a pszichés tényezők hiányát a beteg— orvos kapcsolatban, a diagnosztikai és terápiai polypragmasia veszélyeit. Amennyire híve volt a vizsgálati eljárások precizitása fokozásának, annyira helytelenítette a szűréseken túlmenő, klinikailag kellőképpen nem indikált vizsgálatokat. Döntésekben, akár a kórházi felvételre való szelekcióról, akár a speciális vizsgálatok megválasztásáról volt szó, elsősorban az orvosi ítélőképességnek tulajdonított szerepet. Természetes, hogy amikor orvosbölcselőként gondolkodott is, humanista szemlélete hatotta át. Több írásában — így 1966. évi Markusovszky-emlékelőadásában is — elítélte a kutatásban a felszínes, öncélú teoretizálást vagy voluntarizmust, amikor a tények nem kellő tisztelete vagy vizsgálata mellett már kevés adatból elmélet születik. Meggyőződéssel vallotta, hogy az experimentálás — az orvostudományban különösen — etikai kategória. Az etika metodológiai követelményeit tárgyalta említett ismeretelméleti művében is.

Fischer Antal professzorban az Orvosi Hetilap szerkesztősége és szerkesztő bizottsága nagy elhivatottsággal és felelősségérzettel áthatott tagját gyászolja, aki majdnem három évtizeden át töltötte be e tisztét.

A szerkesztőség

BISECURIN *tabletta*

ÖSSZETÉTEL

1 tabletta 1 mg aethynodiolum diaceticumot, 0,05 mg aethynil oestradiolumot tartalmaz.

HATÁS

Oralisan alkalmazható ovulatiógátló, anticoncipiens hatású oestrogen-gestagen hormonkombináció.

ELLENJAVALLATOK

Hepatitis utáni állapot, májműködési zavarok, cholecystitis, thrombosis-készség, súlyos organikus szívbetegségek, chronicus colitis, diabetes mellitus. Az endocrín mirigyek egyéb betegségei. Malignus tumorok, elsősorban emlő-carcinoma, továbbá lactatio és intolerantia.

ALKALMAZÁS ÉS ADAGOLÁS

A Bisecurin tabletta szedését a menstruatio első napjától

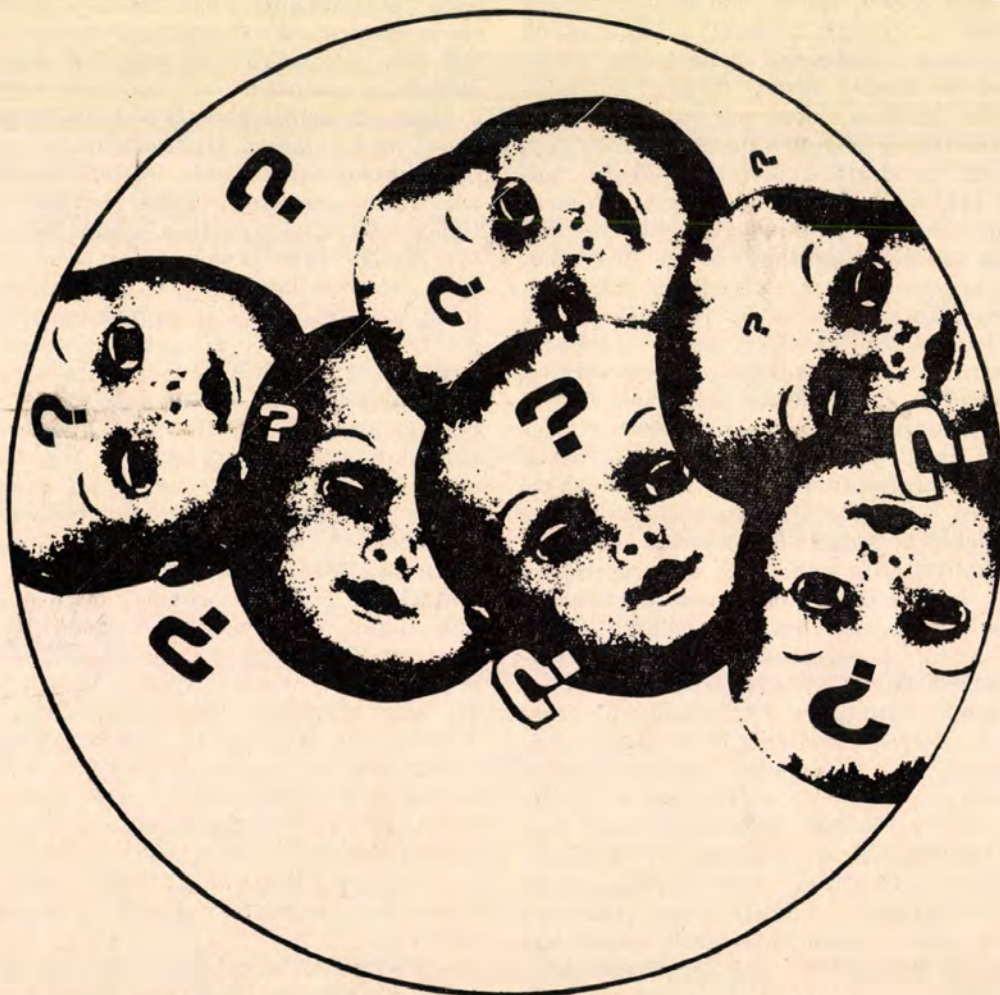
számított 5. napon kell elkezdni és 21 napon át napi 1 tablettát kell bevenni mindennap azonos időpontban, lehetőleg este. Ezt követően 7 nap szünetet kell tartani. Az ovulatiógátló hatás kifejlődéséhez kb. 1 hétre van szükség.

MELLÉKHATÁSOK

Fejfájás, hányinger, mellfeszülés, testsúlynövekedés, bélpanaszok a kúra kezdetén előfordulhatnak, s a későbbi ciklusokban többnyire megszűnnek.

MEGJEGYZÉS: ✱ Csak vényre adható ki és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS: 21 db tabl., térítési díj: 2,90 Ft.



Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

A Hodgkin- és nem Hodgkin malignus lymphomák gyakoriságáról

A kollektív tanulmány szerzői: *Angyal Ferenc dr.*, Kalocsa; *Balogh József dr.*, Szekszárd; *Bujalka Rezső dr.*, Salgótarján; *Ferenczy Sándor dr.*, Zalaegerszeg; *Horváth Fedorina dr.*, Karcag; *Horváth László dr.*, Dombóvár; *Kasza Gyula dr.*, Siófok; *Kádas István dr.*, Pécs; *Kádas László dr.*, Szombathely; *Kelényi Gábor dr.*, Pécs, OTE; *Kerekes Károly dr.*, Esztergom; *Kindler Miklós dr.*, Tatabánya; *Kövecz Gyula dr.*, Kiskunhalas; *Krutsay Miklós dr.*, Ajka; *László Mária dr.*, Balassagyarmat; *Lusztig Gábor dr.*, Kecskemét; *Mórocz József dr.*, Keszthely; *Orbán István dr.*, Kaposvár; *Péror Csaba dr.*, Nagykanizsa; *Rajkovits Károly dr.*, Dunaújváros; *Rohonyi Béla dr.*, Sopron; *Szabó Zsolt dr.*, Győr; *Szabolcsi István dr.*, Székesfehérvár; *Timár Károly dr.*, Veszprém; *Tóth Péter dr.*, Székesfehérvár; *Wallacher Lajos dr.*, Baja és *Weiland Ottó dr.*, Pápa, Megyei, Járási, ill. Városi Kórházak kórbonctani osztályai.

A malignus lymphomák (ml) gyakoriságának vizsgálata támpontot nyújthat e megbetegedések aetiológiájának és pathogenesisének tanulmányozásához, fényt deríthet gyakoriságuk változásaira, hasznos lehet pathológus-klinikus munkacsoportok ml-kal foglalkozó tudományos terveinek kialakításában. Érdekesnek ígérkezik a ml előfordulásának elemzése, ha ez az újabb megismerések, a ml-k új felosztásai alapján történik.

Jelen tanulmányban Magyarország 4,1 milliónyi lakosságú területének kórbonctani intézményeiben 1976. évben biopsia vagy autopsia során kórszövettanilag diagnosztizált ml-s esetek előfordulását határoztuk meg. Hodgkin-kór (Hk) esetében *Lukes és Butler* (17) felosztását, a nem Hodgkin malignus lymphomáknál (nHml) a „kieli classificatio”-t (7), ill. *Lennert* (15) valamivel részletesebb felosztását alkalmaztuk. Adataink szerint a kórszövettanilag diagnosztizált ml-k (összesen 233 eset) gyakorisága 5,65/100 ezer lakos/év, ezen belül a Hk-é 1,35 (56 eset), a nHml-é 4,29 (1,77 eset). Ha ezeket az adatokat Magyarország összlakosságára vonatkoztatjuk, évente mintegy 500–700 új kórszövettanilag kórismézett ml-s megbetegedéssel számolhatunk. Minthogy azonban a ml-k egy jelentős részében (akut lymphoblastos leukaemia, myeloma multiplex) kórszövettanilag vizsgálat rutin-szerűen nem történik, valós előfordulásuk jelentősen magasabb.

Anyag és módszerek

Munkacsoportunk anyagában az 1976. évben kórszövettanilag diagnosztizált ml esetek szerepelnek, túlnyomóan nyirokcsomó-biopsziák. Minthogy a chronicus lymphocytás leukaemiának tartott esetek („CLL”), a myeloma multiplex (MM), a Waldenström-betegség

(Wa), valamint az akut lymphoblastos leukaemia (ALL) klinikai diagnózis elsősorban a csontvelő és a vér cytológiai vizsgálatán (kenetek) alapul, tanulmányunkat kiterjesztettük az 1976. év folyamán sectióra került, előzetesen kórszövettanilag nem vizsgált fenti esetekre is („CLL”, MM, Wa, ALL). Vizsgálat tárgyát képezték a problematikus nyirokszöveti elváltozások is, melyeket esetenként részletes kliniko-pathológiai elemzése alapján értékeltünk. A formalin-fixált, paraffinba ágyazott szövetekből haematoxylin-eosin, Giemsa, perjódsav-Schiff-haematoxylin és reticulín festéseket végeztünk. Az esetek egy részében egyéb eljárások (cytochemia, immuncytológia, elektronmikroszkópia) szolgáltatott adatok is rendelkezésre álltak.

Az 1. ábra szemlélteti munkacsoportunk működési területét, melynek lakossága a „Demográfiai Évkönyv 1975” (Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 1976) kiadvány alapján 4 003 846 (1 963 910 férfi és 2 039 936 nő). A tanulmányban szereplő Karcagi Városi Kórház ellátási területéhez tartozó lakosság száma 116 000, így az észlelt ml-k gyakoriságát összesen 4 119 846 (kerekken 4,1 millió) személyre vonatkoztattuk.

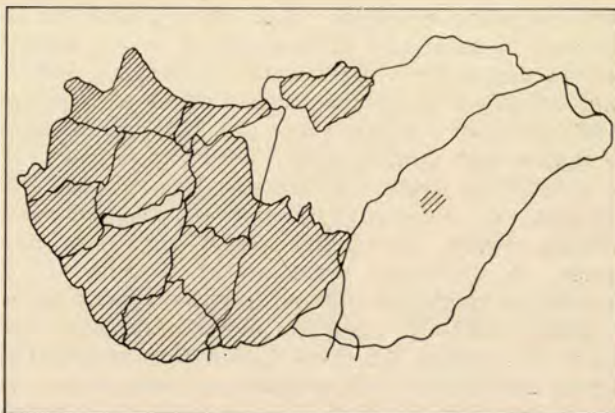
Észleletek

A feldolgozott esetek kórszövettanilag diagnózisairól, a betegek életkor és nem szerinti megoszlásáról a 2. és 3. ábra, valamint az 1., 2. és 3. táblázat tájékoztatnak.

Megbeszélés

A ml-k gyakorisága felmérésének jelen tanulmányban alkalmazott módszere bizonyos fokig eltér a megszokottól. A daganatos betegségek bejelentési kötelezettsége ugyan lehetőséget biztosít felmérésekre, mindazonáltal az így nyert információk nem teljesek (13). A haláloki vizsgálatok különböző körülmények, többek között a napjainkban rohamosan fejlődő therapiás lehetőségek következtében az eredmények bizonyos fokú torzulását eredményezhetik (2). Emellett az összeállítások nem mindig adják meg nagyobb betegcsoportok egyes altípusainak gyakoriságát.

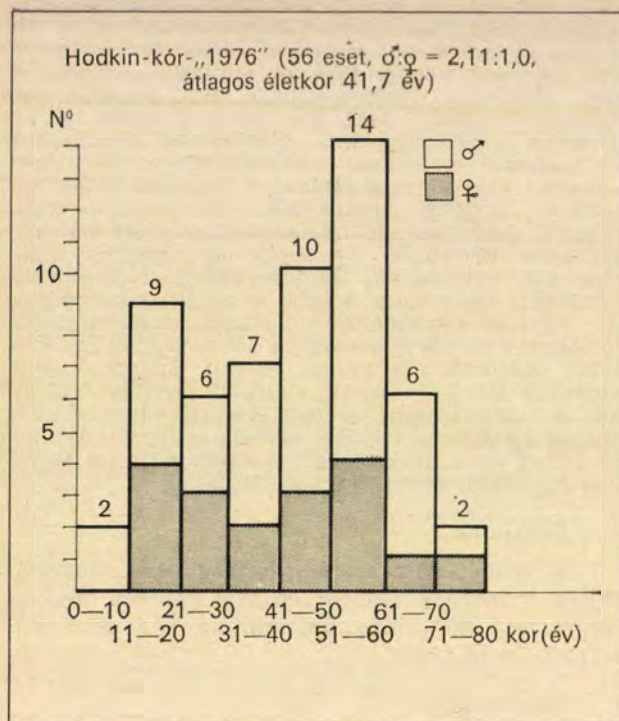
A ml-k előfordulása felmérésének egyik alapja a kórszövettanilag diagnózis, ami azonban ugyancsak tévedések forrása lehet. *Symmers* (23, 24) tanulmánya szerint a „reticulosarcoma” diagnózis 226 újra vizsgált nyirokcsomó-biopsziás eset közül 73%-ban bizonyult helyesnek, míg 600 Hodgkin-kóros esetben a korrekt diagnózisok gyakorisága 53% volt. *Stalsberg* (22) Hodgkin-kórban 19%-ban, nHml-knál 38–50%-ban észlelt eltérést az eredeti és az újra értékelt kórszövettanilag leletek között.



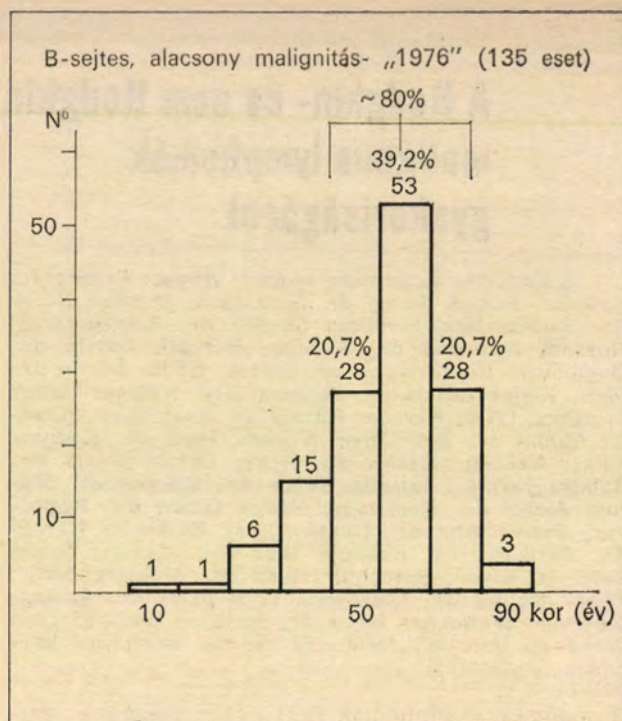
1. ábra: A Munkacsoport működési területe

Különlenyomat-kérés: *Kelényi Gábor dr.*, Pécsi OTE, Kórbonctani Intézet, 7643 Pécs, Szigeti út 12.

Orvosi Hetilap 1979. 120. évfolyam, 36. szám



2. ábra: Az észlelt Hodgkin-kóros betegek kor- és nem szerinti megoszlása



3. ábra: A B sejtés alacsony malignitású esetek kor megoszlása

Jelen tanulmányban a problematikus esetek konzultatív értékelése bizonyára mérsékli az esetleges ilyen hibaforrások érvényesülését.

A rutinszerűen kenetektől diagnosztizált ml-k („CLL”, MM, ALL) száma a histológiailag diagnosztizáltakénál kisebb, a különböző összeállítások alapján feltehető, hogy 100 histológiailag vizsgált esetre 50–70 egyéb ml („CLL”, MM és ALL) jut.

A tanulmány során észlelt ml-k abszolút száma a valósnál — a fentebb részletezett okok miatt — alacsonyabb. A klinikailag kenetektől diagnosztizált betegségek („CLL”, MM, ALL) csak részben szerepelhetnek az anyagban, az a töredék, amelyen próba-excisio történt, ill. melyek 1976-ban előzetes szövettani vizsgálat nélkül sectióra kerültek.

Mindezeket a körülményeket figyelembe véve úgy gondoljuk, hogy az észlelt ml gyakoriság — 5,64/100 ezer lakos/év — nem magas, bár hasonló jellegű tanulmányban Lennert (14) jóval alacsonyabb — 3,76/100 ezer lakos/év — előfordulást észlelt Schleswig-Holsteinre (2,43 millió lakos) vonatkozóan. A halálozási statisztikák az összes nyirok-szervi daganatra vonatkozóan az általunk észlelt-nél valamivel magasabb értéket adnak meg [USA, 1955, 6,76 eset/100 ezer lakos (8)]. Ha ezen értékhez a leukaemiák lymphaticus formáit is hozzáadjuk, a mortalitási érték 2,81 eset/100 ezer lakossal növekszik, ez összesen 9,57 eset/100 ezer lakos/év. Stalsberg (22) Norvégiára (1968) vonatkozó biopsiás, ill. cytológiai vizsgálatokon alapuló adatai szerint az incidencia 11,9, az USA nem fehér lakosságában 1962–67 között a mortalitási érték 8,79 eset/100 lakos/év (1), ebből 1,26 esik a lymphaticus leukaemiákra és 2,67 a myeloma multiplexre. A ml-k, myeloma multiplex és az összes leukaemiák gyakorisága Magyarországon (Miskolc) 1962–66

között 8,1 eset/100 ezer lakos/év volt (3), az USA-ban 1969–1971 között ml-k és lymphoid eredetű leukaemiák incidenciája 16,8 (2). Mindezekből az adatokból arra következtethetünk, hogy eltekintve az ALL-től és MM-től, a lymphoid eredetű malignus folyamatok egy részében kórszövettani vizsgálat nem történik.

Kérdés, hogy ez a gyakorlat helyes-e? Az ALL és a MM esetében vitathatatlan a kenetek cytológiai vizsgálatának diagnosztikus értéke, jóllehet a histológiai értékelés további értékes, részben prognosztikai jelentőségű információkat adhat, eltérő prognózisú subtypusok elkülönítését teszi lehetővé (26, 19). Ennek megfelelően a közelmúltban megalakult „Myeloma Multiplex Munkacsoport”-unk is javasolja a sternum punctio során a kenetek elkészítése után visszamaradó szövetrészekék histológiai vizsgálatát. Hasonló gyakorlat alakult ki a Pécsi OTE Gyermekklinikája és Kórbonctani Intézete között a gyermekkori ALL-k esetében. A leukaemiás vérképpel járó nHml-k, bár a vér- és csontvelőkenetek vizsgálatakor CLL benyomását kelthetik, nem mindig felelnek meg ennek kórszövettanilag. Patológusok szerint ehhez elengedhetlenül szükséges kenetek (csontvelő-, vér-), lenyomati készítmények (nyirokcsomó) vizsgálata mellett a histológiai feldolgozás is. A nemrégiben Stacher (20) vezetésével alakult multicentrikus CLL-tanulmány a helyes diagnosis előfeltételének tekinti a nyics-k histológiai vizsgálatát. Minthogy pedig CLL esetében csupán 4,2%-ban nem fordul elő lymphadenomegalia (11), a CLL-es betegek döntő többségén a nyics-biopsia elvégzése elvben lehetséges és feltehetően hasonló a helyzet az egyéb szóba jövő nHml-k (tüsző eredetű nHml-k, immuncytomák) esetében is. A klinikailag Wa-nek diagnosztizált esetek immunocytomák, azonban kórszövettanilag ezek lymphoplasmocytoid és lymphoplasmocytás típusúak is lehetnek. Elkülönítésük eltérő prognózisuk (20) miatt jelentős.

Szembetűnik anyagunkban a Hk-s eseteknek az összes ml-n belüli alacsony százalékos előfordu-

1. táblázat. **Malignus lymphomák (ml) előfordulása (233 eset, 100%), gyakorisága, a betegek átlagos életkora és nem szerinti megoszlása**

	Esetszám (%)	Eset/100 ezer lakos/év	Átlagos életkor (év)	Férfi:nő arány
Összes ml	233 (100)	5,64	52,9	1,89:1
Hodgkin-kór	56 (24,1)	1,35	41,7	2,11:1
Nem-Hodgkin ml-k	177 (75,9)	4,29	56,4	1,83:1

lása (56 eset, 24,1%), ill. a megbetegedés viszonylagos ritkasága (1,35 eset/100 ezer lakos/év). E körülményben csak kevésbé játszhat közre, hogy jelen munkában a korábban feltehetően Hk-hoz sorolt ritkább lymphadenopathiák esetei (angioimmunoblastos lymphadenopathia, 7 eset, 5 férfi, 2 nő, átlagos életkor 62,5 év, 5 beteg meghalt, átlagos túlélés 6,2 hónap), valamint a Hodgkin-kórtól nemrégiben elkülönített nHml-k (T-zóna lymphoma, T-immunoblastoma) nem szerepelnek. Ugyanakkor újabban az immunoglobulinoknak metszetekben való kimutathatósága (immunoperoxidase eljárás) kapcsán kiderült, hogy egyes plasmoblastos, immunoblastos sarcomáknak gondolt esetek polyclonalis jellegűek, azaz inkább Hk-nak (lymphocytá depletio, reticularis subtypus) felelnek meg.

Az összes ml-ás biopsziákban a Hk százalékos előfordulását Gall és Mallory (6), Thorson (25), Kellner és mtsai (13) 37—46%-nak találták. Ugyanakkor Magyarországon 1954—1960 között a Hk csupán 29,1%-kal szerepel (13). Norvégiában 1968-ban a Hk előfordulása (biopsia) 3,12 eset/100 ezer lakos volt — az általunk észlelt gyakoriság több mint kétszerese — ugyanott a Hk az összes lymphoreticularis tumorok 26,1%-át képviselte (22), ami csaknem megegyező saját észleletünkkel. Figyelemre méltó, hogy Doll és mtsai (3) összeállításában 12 európai ország, továbbá az USA és Kanada közül Magyarország (Miskolc) Hk-os gyakorisága a legalacsonyabbak közé tartozik. Mindezek az adatok indokolják a Hk jelen tanulmányban is észlelt ritkább előfordulása kérdésének további tanulmányozását.

A Hk-os betegek kormegoszlása megegyezőnek tekinthető hasonló jellegű más észleletekkel (4, 9). Figyelemre méltó anyagunkban a lymphocytá-túlsúly és a nodularis sclerosis típusok viszonylagos gyakorisága, bár ilyen értékekről mások is beszámoltak (5, 10). Érdekes, hogy a Pécsi OTE Kórbontani Intézete 105 Hk-os esetének típus-megoszlása a jelen tanulmányban észlelttől eltért, amennyiben a kevertsejtes forma volt jelentős túlsúlyban a lymphocytá predominantia és a nodularis scleroticus típus gyakoriságának rovására (12).

A nHml-k előfordulása 4,29 eset/100 ezer lakos/év, bár magasabb Lennert (14) hasonló munkájában észlelténél (1,78), kevesebb mint a halálozási statisztikák értékei. Ezen eltérés okai nem világosak, de bizonyára összefüggenek szervezési, egészségügyi körülményekkel is, ill. azzal, hogy a ml-k

egy részénél, eltekintve az ALL-tól és MM-től, kórszövettani vizsgálat nem történik.

A B és T sejtes formák, a mérsékelt és kifejezett malignitású ml-k típusainak megoszlása jó részt megegyezik Lennert és mtsai (15) adataival. Anyagunkban azonban a tüsző eredetű ml-k, ezen belül a centroblastos-centrocytás ml-k száma viszonylag alacsony, az immunocytomáké magas. A mérsékelt és kifejezett malignitású tüsző eredetű tumorok összesen 36 esetet képviselnek, ami az összes nHml-k 20,3%-a, Lennert és mtsai (15) összeállításában 30,5%. A tüsző eredetű tumorok százalékos előfordulása alacsonynak tűnik Lukes és Collins (18) észlelete tükrében is, megfigyeléseik szerint ezek több mint felét adják az összes nHml-nak. Ezzel összefüggésben említésre méltó, hogy bár Stalsberg (22) szerint a ml-k incidentiája és mortalitása tekintetében számos európai országra vonatkozóan nincs eltérés, a Kieli Lymphoma Munkacsoport, a milánói Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori és a National Cancer Institute ml-s esetei között Lennert (16) — személyesen reclassificálva az eseteket — jelentékeny eltérést észlelt a nHml-k különböző típusainak gyakoriságában.

Mérsékelt malignitású ml-k, egy eset kivételével, 20 éves kor alatt nem fordultak elő és a kormegoszlási görbe kifejezett maximumot mutat az 50—90 éves korcsoportban, az esetek 80%-a ide tartozik. Az egyes típusokon belüli kor és nem szerinti megoszlás az esetek viszonylagos alacsony száma miatt kevésbé tájékoztató, bár szembevetve az összes csoportban a férfibetegek magasabb száma (az összes nHml-k esetén 1,83:1).

A T sejtes ml-k viszonylag ritkák, a betegek életkora azonban az összes egyéb csoporténál, így Hk-énál is alacsonyabb (átlagos életkor 39,3 év).

Adatainkat Magyarország egészére vonatkoztatva évente mintegy 500—700 kórszövettanilag felismert új ml-s megbetegedéssel számolhatunk. Ez a szám nem magas, ami indokolja a beteganyag egységes klinikai-pathológiai értékelését, feldolgozását. A felmerült kérdésekre a tanulmány folytatása, esetleg kiterjesztése útján nyerhetünk választ.

Bár a tanulmány célja elsősorban a kórszövettanilag diagnosztizált ml-k gyakoriságának elem-

2. táblázat **A Hodgkin-kóros esetek (56 eset, 100%) kórszövettani típus, átlagos életkor és nemek szerinti megoszlása**

Hodgkin-kór	Esetszám (%)	Átlagos életkor (év)	Nemek szerinti megoszlás férfi:nő
Lymphocytá túlsúly	9 (16,0)	38,8	8:1
Nodularis sclerosis	20 (35,7)	35,0	1,5:1
Kevert-sejtes	23 (41,1)	46,2	1,5:1
Lymphocytá depletio	2 (3,6)	51,6	2:0
Nem osztályozható	2 (3,6)	51,6	2:0
	56 (100)	41,7	2,11:1 (38:18)

3. táblázat. **A nem Hodgkin típusú lymphomák (ml/177 eset) kórszövet-tani típus, átlagos életkor és nemek szerinti megoszlása**

	Esetszám No. (%)	Átlagos Nem életkor férfi:nő (év)	
<i>Nem-Hodgkin típusú ml-k</i>	177 (100)	59,6	1,88:1
<i>B-sejtes mérsékelt malignitású ml-k</i>	142 (80,2)	61,5	2,21:1
Lymphocytás lymphoma (CLL)	49 (27,7)	64,1	3,27:1
CLL pseudofollicularis	24		
CLL diffus	6		
CLL autopsia	10		
nem osztályozható	9		
Tüsző eredetű ml-k	29 (16,3)	61,5	2,22:1
centrocytoma	9		
centroblastos-centrocytás	20		
Immunocytomák	61 (34,5)	59,5	1,68:1
lymphoplasmocytoid	12		
lymphoplasmocytás	17		
polymorph	17		
localis plasmocytoma	4		
myeloma multiplex	11		
nem osztályozható	1		
Tüskéssejtes leukaemia	3 (1,7)	58,3	3:0
<i>Kifejezett malignitású ml-k</i>	35 (19,8)	52,2	0,94:1
Lymphoblastoma, nem classifikálható	7	64,0	0,75:1
Immunoblastoma	10	55,5	1:1
Centroblastoma	7	56,5	1,33:1
T-lymphoblastoma („convoluted”)	11	39,3	0,83:1

zése volt, a vizsgált 233 eset közül 112-ben ismert a betegek sorsa a vizsgálat befejezését követően egy évvel (1978. január 1.). Ezek szerint 30 Hk-os beteg közül 21 él, 9 meghalt, 73 mérsékelt malignitású nHml-s beteg közül 46 (63%) meghalt, 27 él, és mind a 9 ismert kórlefolyású kifejezett malignitású nHml-s beteg meghalt.

Összefoglalás. Magyarország valamivel több mint 4 milliónyi lakosságú területének kórszövet-tani intézményeiben 1976. év folyamán 233 malignus lymphoma (ml) került kórismézésre (5,65 eset/100 ezer lakos/év). Ez a szám alacsonyabb a mortalitási statisztikák értékeinél, feltehetően azért, mert a feldolgozásban nem szerepelhetnek a klinikailag, kenetekből diagnosztizált ml-k („CLL”, MM, Wa, ALL). Adatainkból is arra következtethetünk, hogy a nem Hodgkin típusú malignus lymphomák (nHml) diagnózis az esetek jelentős részében

klinikai cytológiai vizsgálaton alapul. A Hodgkin-kór előfordulása anyagunkban feltűnően alacsony, a kor és nem szerinti megoszlás megegyezik más összeállításokban közöltekkel. A nHml-k között a mérsékelt malignitású esetek kormegoszlása viszonylag szűk maximumot mutat 50–70 év között, a 143 eset közül 20 év alatt csupán egy fordult elő. A nem szerinti megoszlás a férfiak jelentős túlsúlyát mutatja csaknem minden ml típusban, különösen magas értékek mutatkoznak Hodgkin-kórban, CLL-ban és a tüsző eredetű tumorokban. A tanulmány adatai szerint évente Magyarországon mintegy 500–700 kórszövet-tanilag diagnosztizált ml-s esettel számolhatunk, ami indokolja a viszonylag kis beteganyag egységes diagnosztikus értékelését, kezelését, gondozását. A tanulmány során észlelt esetek viszonylag kis száma és a felmerülő kérdések indokolják a felmérés további folytatását, esetleg kiterjesztését.

IRODALOM: 1. Burbank, F., Fraumeni, J. F.: J. Natl. Canc. Inst. 1972, 49, 649. — 2. Devesa, S. S., Silverman, D. T.: J. Natl. Canc. Inst. 1978, 60, 545. — 3. Doll, R. és mtsai: „Cancer incidence in five continents”, Springer, 1970. — 4. Eder, M., Zagel, M.: Dtsch. med. Wschr. 1962, 87, 1960. — 5. Franssila, K. O. és mtsai: Cancer. 1967, 20, 1594. — 6. Gall, E., Mallory, T.: Am. J. Path. 1942, 18, 381. — 7. Gerard-Marchant, R. és mtsai: Lancet. 1974, II, 405. — 8. Gordon, T. és mtsai: „Cancer mortality in the United States, 1930–1955”, NCI Monograph 6, US Dept. Health, Education and Welfare, PHS, 1961. — 9. Grundmann, E., Fritzsche, R.: Dtsch. med. Wschr. 1974, 99, 269. — 10. Hamann, W. és mtsai: Dtsch. med. Wschr. 1970, 95, 112. — 11. Heinz, R.: Személyes közlés. 1978. — 12. Kelényi G.: Orvostud. 1975, 50, Suppl. — 13. Kellner, B. és mtsai: „A nyirokcsomók daganatai”, Akadémiai Kiadó, Bp. 1965. — 14. Lennert, K.: Dtsch. med. Wschr. 1969, 94, 2194. — 15. Lennert, K. és mtsai: Brit. J. Canc. 1975, 31, Suppl. II, 29. — 16. Lennert K.: Személyes közlés, 1978. — 17. Lukes, R. J., Butler, J. J.: Canc. Res. 1966, 26, 1063. — 18. Lukes, R. J., Collins, R. D.: Rec. Res. Canc. Res. 1974, 46, 18. — 19. Pap T.: és mtsai: Morph. Ig. Orv. Szle. 1978. közlésre benyújtva. — 20. Stacher, A., Lutz, D.: „Therapy of CLL by Leo 1031, a multicentric study?”, Meet. of the Internat. Gesellsch. Chemo- und Immunother., Bécs, 1978. december 2. — 21. Stacher, A. és mtsai: „Klinik und Prognose der lymphoplasmocytoiden malignen Lymphome (Immunocytoime)”, in „Lymphknotentumoren”, A. Stacher, P. Höcker, Urban und Schwarzenberg, 1979. — 22. Stalsberg, H.: J. Nat. Canc. Inst. 1973, 50, 1685. — 23. Symmers, W. S. C.: J. clin. Path. 1968, 21, 650. — 24. Symmers, W. S. C.: J. clin. Path. 1968, 21, 654. — 25. Thorson, Th. A., Born, D. V.: Arch. Path. 1955, 60, 353. — 26. Várbiro M., Mórocz J.: Morph. Ig. Orv. Szle. 1978, 18, 257. — 27. Wutke, K. és mtsai: „Myeloma multiplex cytomorphologiai és histomorphologiai classificációja”, VIII. Magyar Haemat. Kongress. Bp. 1978. november 3.

Schöpf-Merei Kórház és Anyavédelmi Központ,
Központi Laboratórium
(főorvos: Stuber Adrienne dr.)

Populációs vizsgálatok köldökvérből II.

A köldökvér koleszterin és összlipoid tartalma

Stuber Adrienne dr. és Mészáros Klára dr.

A köldökvér különböző lipid frakcióit már régebben is számos szerző vizsgálta azzal a céllal, hogy felvilágosítást kapjanak az anya és az újszülött lipidanyagcseréjéről (cit. 12). Különös jelentőségre e vizsgálat akkor tett szert, amikor felvetették annak lehetőségét, hogy a köldökvérből végzett szűrővizsgálattal diagnosztizálni lehet a familiáris hiperlipidémiákat, amelyek közül a II. típus az ischaemiás szívbetegségek leggyakoribb rizikófaktor.

Miután több kutató magas köldökvér koleszterin értéket észlelt ismert familiáris hiperlipoproteinaemiás családok újszülöttjeiben, *Glueck és mtsai* (8) voltak az elsők, akik 1800 válogatás nélküli szülésből köldökvér koleszterin meghatározást végeztek. Az adatok elemzése után a felső határértéket 100 mg/dl-ben szabták meg. A 65 ennél magasabb értéket mutató újszülött közül 26 esetben családvizsgálatokat is végezve, a tapasztalatok alapján a köldökvér koleszterin meghatározást szűrővizsgálatként ajánlják. *Darmady és mtsai* (6) egy évvel később megjelent munkájukban arról számolnak be, hogy 302 újszülött koleszterin értékeit egy évig figyelemmel kísérték: akik köldökvérében a koleszterin szint magasabb volt, 1 év múlva ez az érték a normál tartományon belül volt; ezekkel szemben az egyetlen, akin 1 éves korban familiáris hipercholesterinaemiát diagnosztizáltak, születéskor normális köldökvér koleszterin szintet mutatott. Ezek alapján nem tartják szűrővizsgálatra alkalmasnak a köldökvér koleszterin meghatározást.

Minthogy az ischaemiás szívbetegségek gyakorisága világszerte igen magas, ugyanakkor köztudott, hogy korai diétával a kórképek kialakulása megelőzhető, a szűrővizsgálatnak, és ezzel a korai diagnózisnak igen nagy jelentősége lehet. Érthető tehát, hogy az elmúlt években nagyszámú vizsgá-

lat követte az első két sorozatvizsgálatot. A különböző kutatócsoportok elsősorban azt vizsgálták, melyik lipid frakció meghatározása lenne szűrővizsgálatra alkalmas, egyetértés azonban mindmáig nem született.

Greten és mtsai (10) a béta-cholesterin vizsgálatát tartják szükségesnek, ugyanakkor *Mishkel* (14) az összkoleszterin és a béta-cholesterin között igen jó korrelációt talált ($r = 0,89$), bár 1—1 esetben észlelt a két érték között diszkrepanciát. *Kwiterovich* (13) szintén jó korrelációt talált a két lipid paraméter között ($r = 0,95$); ő csak a beteg családok újszülöttjeinek vizsgálatát javasolja. *Parwaresch és mtsai* (17) javasolják az összkoleszterin szűrővizsgálatot azzal a kiegészítéssel, hogy a diagnózis felállításához szükséges a béta-cholesterin pozitivitása, a család vizsgálata és a diagnózis megerősítése néhány hónap múlva. *Andersen és Nielsen* (1) egy turbidimetriás módszert dolgoztak ki a köldökvér VLDL + LDL mérésére és ezt ajánlják szűrővizsgálatra.

Különbözők a szerzők tapasztalatai az után- és családvizsgálatok során is. *Tsang és mtsai* (18) 56 olyan egyéves gyermeket vizsgáltak, akiknél a köldökvér koleszterin 95 percentilis felett volt: a kontroll csoporttal szemben ezek között 17 esetben találtak hipercholesterinaemiás szülőt. *Ose* (16) ezzel szemben 42 olyan gyermeknél végzett utánvizsgálatot, akiknél az össz- és a béta-cholesterin egyformán magas volt, de egyéves korban azonos értéket talált ezekben és a kontroll csoportban csak úgy mint a két csoport szüleiben. *Goldstein és mtsai* (9) 2000 válogatás nélküli újszülött köldökvér vizsgálatából 178 esetben észleltek magas koleszterin vagy triglicerid értéket; ezek közül 126-ban végeztek családvizsgálatokat. A szülőknél és a nagyszülőknél azonban nem volt magasabb a koleszterin vagy a triglicerid érték, mint a kontroll csoport rokonaiban. Nem észleltek különbséget az ischaemiás szívbetegségek gyakoriságában sem. *Parwaresch és mtsai* (17) reprezentatív vizsgálatuk során 100 mintából 12 esetben észleltek valamely lipid frakcióban emelkedést és a szülők vizsgálata során egy familiáris hiperalfalipoproteinaemiát és két familiáris hiperbetalipoproteinaemiát szűrtek ki.

1. táblázat **Köldökvér koleszterin és összlipoid percent. értékek (mg/dl)**

	n	10	50	90
> 43	1975	130	51,3	73,3
g.h.	1976	97	60,2	75,5
38—42	1975	1829	54,8	76,6
g.h.	1976	2027	55,7	76,1
33—37	1976	482	59,8	83,8
g.h.	1976	587	59,8	81,3
<32	1975	218	55,9	82,2
g.h.	1976	286	60,5	83,4
> 43	1975	126	182	238
g.h.	1976	95	174	234
38—42	1975	989	173	230
g.h.	1976	1017	163	224
33—37	1975	545	177	242
g.h.	1976	570	167	244
<32	1975	263	174	246
g.h.	1976	277	165	237

2. táblázat **Klinikai paraméterek és 90 percent. feletti köldökvér cholesterolin érték összefüggése**

		beteg ill. elhalt		Apgar < 8	
		1.	2.	1.	2.
> 43	1975	4,7	0	4,1	0
g. h.	1976	8,0	0	5,0	0
38—42	1975	4,3	6,4	3,2	2,9
g.h.	1976	6,7	9,7	4,5	9,3
33—37	1975	9,9	4,4	18,0	26,6
g.h.	1976	13,4	6,9	19,3	34,5
<32	1975	37,5	25,0	68,0	58,3
g.h.	1976	33,0	17,8	75,1	60,7

1. az egész csoportból %

2. a.k.v. chol. > 90 p. csoportból %

Ha ezen ellentétes tapasztalatokhoz még figyelembe vesszük, hogy szűrővizsgálatra csak egyszerű, gyors és olcsó metodika alkalmas, nyilvánvaló, hogy e kérdés — bár megoldása igen jelentős lenne — még sokirányú vizsgálatot igényel.

Mivel a hazai irodalomban ilyen irányú tömeges vizsgálatról nem találtunk beszámolót, 1975—76-ban végzett köldökvér-vizsgálati sorozatunkba beiktattuk a cholesterolin és összlipoid meghatározását. Dolgozatunkban az e munka során nyert eredményekről számolunk be.

Anyag

A két szülészeti osztályunkról kapott köldökvérmintákból 1975—76 folyamán összesen 5656 cholesterolin és 3882 összlipoid meghatározás történt. Cholesterolin meghatározását mindkét évben folyamatosan végeztünk. Összlipoid meghatározást, a nagy munka miatt, az érett szülésekből származó köldökvérmintákból mindkét évben csak az I—II—III. és IX—X—XI. hónapokban végeztünk.

Anyagunkat gesztációs idő szerint csoportosítottuk: 1. 32. geszt. hétnél fiatalabb, 2. 33—37. geszt. hét közötti, 3. 38—42 geszt. hét közötti és 4. 43. geszt. hétnél idősebb terhességekből származó újszülöttek köldökvérmintái alkottak egy-egy kategóriát.

Regisztráltuk továbbá az újszülöttek szül. súly szerinti percentilis kategóriáját, Apgar-értékét, valamint az első élethétben kialakuló esetleges betegséget, ill. elhalást.

Módszerek

Cholesterolin meghatározás: a vizsgálatokat a Lieberman-Burchardt színreakción alapuló Rappaport-módszerrel végeztük, azzal a módosítással, hogy az ecetsavanhidridből, szulfoszalicilsavból és kénsavból 6 : 4 : 2 arányú elegyet készítettünk, majd lehűlés után a reagenskeverék 3 ml-éhez adtunk 100 μ l savót.

A kalibrációt 50—200 mg/dl koncentráció-intervallumra vettük fel. A mérés pontossága: $S_H = \pm 3,72$ mg/dl; $V_K = 3,1\%$; érzékenysége 7,4 mg/dl; gyakorlatilag torzításmentes. A regressziós egyenes egyenlete: $y = 0,10 + 0,913x$; $r = 0,998$; hipotézis vizsgálat alapján $a \approx 0$, $b \approx 1$.

Összlipoid meghatározás: ezeket a vizsgálatokat a foszforsav-vanilin módszerrel végeztük. A kalibrációt 50—500 mg/dl koncentráció-intervallumra vettük fel. A mérés pontossága: $S_H \pm 9,4$ mg/dl; $V_K = 3,2\%$; érzékenysége 18,8 mg/dl; gyakorlatilag torzításmentes. A regressziós egyenes egyenlete: $y = 1,34 + 1,004x$; $r = 0,998$; hipotézis vizsgálat alapján $a \approx 0$, $b \approx 1$. A regressziós egyenes nem tér el szignifikánsan a lineáris-tól.

A mérések pontosságát gyári kontroll savók rendszeres használatával, az asszisztensek munkájának

pontosságát naponkénti ismeretlen kontrollok meghatározásával ellenőriztük.

Az értékeléshez használt módszerek

A klinikai adatokat és a kapott kémiai eredményeket havonta peremlyukkártyára vittük és a kirázásos módszerrel elemeztük. A relatív gyakoriságok alapján megszerkesztettük a histogrammokat a gesztációs idő szerinti 4 csoportban. Illeszkedés vizsgálattal kerestük arra a kérdésre a választ, hogy adataink normális eloszlású populációt reprezentálnak-e.

Annak eldöntésére, hogy a 38—42. geszt. hét között születettek csoportja és a 37. geszt. hét előtt születettek csoportjai között van-e szignifikáns különbség, logaritmus transzformáció után kiszámítottuk az egyes csoportok átlagértékét és ezek összehasonlítására „u” próbát végeztünk.

Eredmények

A feldolgozott köldökvérminták gesztációs idő szerinti összetételét, a regisztrált klinikai jellemzők gyakoriságát illetően utalunk előző közleményünkre, amelyben ezeket részletesen ismertettük; az abban leírt elemzés alapján anyagunk két koraszülött csoportra, egy érett újszülött és egy túlhordott újszülött csoportra volt osztható.

Az ábrán példának bemutatjuk a két koraszülött és az érett újszülöttek csoportjának köldökvér cholesterolin értékeiből szerkesztett histogrammokat. Ugyanilyen módon vizsgáltuk a cholesterolin értékeket 1976-ból, valamint mindkét év összlipoid értékeit.

Mint az ábrán látható, mindhárom histogramm balról kissé ferde, a modulus és a medián nem esik egybe. Az illeszkedés vizsgálat is azt mutatta, hogy az eloszlás nem tekinthető normálisnak. Ezért az egyes populációk jellemző értékeinek meghatározására a percentilis számítást kellett alkalmazni.

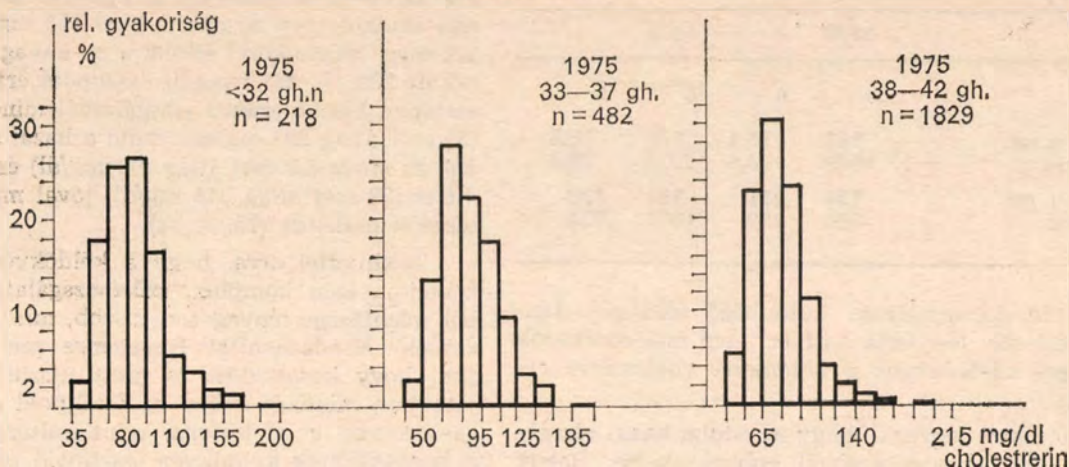
A histogrammok alapján tehát meghatároztuk az egyes gesztációs csoportok köldökvér cholesterolin és összlipoid 10—50—90 percentilis értékeit mindkét évből (1. táblázat). Az adatokból egyértelműen látható, hogy koraszülöttekben a köldökvér cholesterolin értéke magasabb mint érett újszülöttekben. A két koraszülött csoport értékei között nincs különbség, de a 38—42. geszt. hét között születettek köldökvérmintáinak értékei jelentős különbséget mutatnak a koraszülöttek csoportjainak értékeivel szemben.

A log transzformáció után kiszámított átlagértékek az egyes gesztációs csoportokban a következők adódtak: 32. geszt. hét alatt a köldökvér cholesterolin átlagértéke 82,4 mg/dl (50 percentilis érték 82,2 mg/dl); 33—37. geszt. hét közötti csoportban átlagérték 83,2 mg/dl (50 percentilis érték 83,8 mg/dl); a 38—42. geszt. hét közötti érett cso-

3. táblázat **Tisztított és populációs 50 percent. k.v.chol. és összlip. értékek 1975 (mg/dl)**

félév	I.		II.		
	n	é	n	é	
összlip. cholest.	tiszt.	490	69,3	506	78,8
	pop.	834	71,8	995	78,7
	tiszt.	354	225	244	238
	pop.	526	225	463	237

K.vér cholesterolin histogramok



port átlagértéke 76,2 mg/dl (50 percentilis érték 76,6 mg/dl). Mivel a két koraszülött csoport között nem volt lényeges különbség, a két csoportot együttesen állítottuk szembe az érett újszülöttek csoportjával az „u” próbában. Az „u” érték 4,27-nak bizonyult, ami igen erős szignifikáns különbséget jelez.

A túlhordottak csoportjától eltekintve, fokozatos csökkenés látható a köldökvér összlipoid értékekben is; mindkét évben mindkét koraszülött csoport köldökvérmintáiban az összlipoid 50 percentilis értéke magasabb mint az érett újszülöttek csoportjában.

A klinikai paraméterek és a köldökvér cholesterolin, ill. összlipoid értékek összefüggését a 90 percentilis feletti tartományban vizsgáltuk. A 2. táblázatban foglaltuk össze, hogy a 90 percentilis feletti köldökvér cholesterolin értéket mutató újszülöttek hány százaléka lett beteg, ill. halt meg és hány százaléka mutatott születéskor 8 alatti Apgar-értéket az egész csoporthoz viszonyítva. Az adatok átvizsgálásából látható, hogy egyértelmű összefüggést nem lehet kimutatni: míg az érett újszülöttek között mindkét évben több volt a beteg a hipercholesterinaemiás csoportban, addig mindkét koraszülött csoportban kevesebb volt az elhalás. Ugyanakkor az alacsony Apgar-érték a két koraszülött csoportban gyakoribb, az érett újszülött csoportban az egyik évben kevesebb, másik évben több mint az egész csoportban. Figyelemre méltó, bár a csoportlétszám lényegesen kisebb, hogy a túlhordásos csoportban egyáltalán nem volt a hipercholesterinaemiások között beteg, ill. alacsony Apgar-értéket mutató újszülött.

Hasonló eredményt kaptunk a köldökvér összlipoid értékek elemzésekor.

Az 1975. év anyagában összehasonlítottuk a populációs értékeket a „tisztított statisztikai” értékekkel (3. táblázat). Tisztított anyagnak tekintettük azon újszülöttek köldökvérmintáinak csoport-

ját, akik 38–42. geszt. hét között születtek, Apgar-értékük 8 felett, születési súlyuk 10 percentilis felett volt és egészségesen távoztak az újszülöttosztályról.

A köldökvér összfehérje érték elemzéséhez hasonlóan, itt sem találtunk különbséget a populációs érték az a „tisztított statisztikai” érték között, így az 1976. év anyagát eszerint már nem értékeltük.

A 4. táblázatban feltüntetett adatok azt mutatják be, hogy az érett újszülöttek és az „intrauterin retardált”-nak tekinthető újszülöttek köldökvérmintáiban sem a cholesterolin, sem az összlipoid értékre nézve nem található különbség: míg tehát a valódi koraszülöttek köldökvérében a lipoid tartalmú komponensek még magasabb szinten vannak, a kis súlyú, de érett újszülöttek az egészséges érett csoporthoz hasonló alacsonyabb értéket mutatnak.

Megbeszélés

A köldökvér cholesterolin átlagértékre vonatkozólag már sok tapasztalattal rendelkezünk. Az 5. táblázatban összefoglaltuk az eddig ismertett nagyobb számú vizsgálatok eredményeit saját eredményeinkkel együtt. Mint látható, az eddigi adatok 60–82 mg/dl köldökvér cholesterolin érték között mozognak. *Mishkel* (14) szerint az eltérő átlagértékekben igen sok tényező játszik szerepet (többek között etnikai, táplálkozási, földrajzi stb. faktorok). Azonban sokkal szűkebb normál tartományt kapunk, ha azokat hasonlítjuk össze, akik figyelembe vették az újszülöttek gesztációs idejét is: *Mishkel* (14) 38–43. geszt. hét között 70,3 mg/dl átlagértéket, *Dyeberg* (7) 40 ± 2 hét esetén 77,0 mg/dl 50 percentilis értéket ad meg, magunk 38–42. geszt. hét között 76,2 mg/dl átlagértéket és 76,4 mg/dl 50 percentilis értéket kaptunk. Annak ellenére tehát, hogy a felsorolt országok között, magunkat is

4. táblázat „Intrauterin retardált” és populációs 50 percent. k.v. chol. és összlip. értékek összehasonlítása (mg/dl)

	1975		1976	
	n	é	n	é
i. u. ret. pop.	183	76,4	178	76,6
	1829	76,6	2027	76,1
i. u. ret. pop.	136	231	167	228
	989	230	1017	224

beleértve, kétségtelenül különböző földrajzi, táplálkozási stb. tényezők hatnak, nem tapasztalhatók lényeges különbségek a köldökvér koleszterin értékekben.

Meg kell jegyezni, hogy az eddigi hazai vizsgálatok eltérő eredményekről számolnak be. *Bobok és mtsai* (2) 12 egészséges újszülött köldökvérében 100 mg/dl, vagy magasabb értéket találtak. *Krámer és mtsai* (12) 23 érett újszülött köldökvérének átlag koleszterin értékét 109 mg/dl-nek, 10 koraszülött értékét pedig 133 mg/dl-nek adják meg. Úgy gondoljuk, a kisszámú vizsgálatok eredményei nem hasonlíthatók össze a mi anyagunkkal, de figyelemre méltó, hogy *Krámer és mtsai* hozzánk hasonlóan a koraszülöttek értékét magasabbnak találták.

A köldökvér koleszterin értékének gesztációs idő szerinti vizsgálatára vonatkozólag nem találtunk adatot a rendelkezésünkre álló irodalomban. Ezért saját vizsgálatunk jelentőségét elsősorban abban látjuk, hogy szignifikáns különbséget mutatunk ki a koraszülöttek és az érett újszülöttek köldökvér koleszterin értéke között. Ebből következik, hogy koraszülöttek esetében magasabb az a 90 vagy 95 percentilis érték, amely felett hiperkoleszterinaemiáról lehet beszélni. *Glueck és mtsai* (8) 1800 köldökvér koleszterin értékük eloszlásgörbét vizsgálva, matematikai módszerrel kimutatták, hogy az két normál eloszlás keverékét tartalmazza. Véleményünk szerint ennek egyik magyarázata lehet, hogy anyaguk gesztációs idő szerint nincs elválasztva.

Hogy ha figyelembe vesszük továbbá, hogy e munka egy másik részletében kimutattuk a köldökvér összfehérje értéknek a gesztációs idővel párhuzamos emelkedését az itt bemutatott köldökvér koleszterin érték csökkenése mellett, úgy gondoljuk, a fehérje- és a zsírsanyagcsere kapcsolatának olyan újabb megjelenési formájára mutattunk rá, amely megérdemli a további vizsgálatokat is.

A perinatalis stressz és valamely lipoid frakció magas szintje közötti kapcsolatot a mi adataink nem igazolnak. *Tsang és mtsai* (19) szerint a köldökvér triglicerid szintje, *Cress és mtsai* (4) szerint a köldökvér koleszterin szintje volt emelkedett anyai-magzati problémák eseteiben. Ezzel szemben mi nem találtunk összefüggést a 90 percentilis feletti köldökvér koleszterin érték és az újszülöttkori betegségek, illetve az alacsony Apgar-érték gyakorisága között. A köldökvér koleszterin érték prognosztikus használhatósága tehát még további vizsgálatokat igényel.

Lényegesen kevesebb adatot találunk az irodalomban a köldökvér összlipoid értékére vonatkozólag. *Dyeberg és mtsai* (7) 120 esetből az 50 percentilis értéket érett újszülötteknél 252 mg/dl-nek adják meg. Ehhez közel állnak a mi anyagunkból származott 230, ill. 223,5 mg/dl összlipoid értékek. Ezzel szemben kisebb számú vizsgálatból mind *Mortimer* (20 eset átlag 293 mg/dl), mind a hazai szerzők *Bobok és mtsai* (12 eset átlag 311 mg/dl) és *Krámer és mtsai* (23 eset átlag 344 mg/dl) jóval magasabb értékeket észleltek (15, 3, 12).

Tekintettel arra, hogy a köldökvér összlipoid frakciója igen komplex, szűrővizsgálati szempontból jelentősége lényegesen kisebb, mint a koleszterinnek. Mindazonáltal figyelemre méltónak tartjuk, hogy koraszülött és érett újszülött csoportjainkban mindkét évben az összlipoid érték változása követi a koleszterin szint változását, vagyis a koraszülöttek köldökvér összlipoid értéke lényegesen magasabb mint az érett újszülötteké. Különbség mutatkozik azonban a túlhordott újszülöttek csoportjában, amelyekben a köldökvér összlipoid értéke ismét emelkedett, szemben a köldökvér koleszterin értékkel, amely az érett újszülöttek csoportjához képest tovább csökken. Kézenfekvő az a gondolat, hogy túlhordás esetén már más lipoid frakció szaporodik fel.

Az e dolgozatban ismertetett köldökvér koleszterin populációs értékek alapján a továbbiakban szükséges a 90 percentilis feletti értéket mutató csoport utánvizsgálata. Ennek eredménye fogja eldönteni, hogy hazai körülményeink között besorolható-e a köldökvér koleszterin meghatározás az ischaemiás szívbetegség megelőzését szolgáló szűrővizsgálatok közé.

5. táblázat Köldökvér koleszterin értékek az irodalomban

szerző	közlés éve	vizsg. szám	geszt. idő	chol. é ₁	ország
Glueck (8)	1971	1800	?	63,8	USA
Darmady (6)	1972	302	?	78,0	Anglia
Mischkel (14)	1974	2937	38—43	70,3	Kanada
Goldstein (9)	1974	2000	?	82,0	USA
Greten (10)	1974	1323	?	60,0	NSZK
Dyeberg (7)	1974	120	40±2	77,0	Dánia
Kesteloot (11)	1975	303	?	72,0	Belgium
Parwaresch (17)	1977	100	?	65,0	NSZK
Czerny (5)	1977	167	?	71,1	NDK
saját		3856	38—42	76,4	

1 mg/dl átlag vagy 50 centilis

2 az anyag 83,7%-a

3 szül. súly átlag 3307±639 g

Köszönetnyilvánítás

Szerzők köszönetet mondanak az I. és II. szülészeti osztály, valamint az I. koraszülöttesztály munkatársainak — orvosoknak és nővéreknek —, továbbá a Központi Laboratórium munkatársainak, akiknek együttműködése jelentősen hozzájárult a két éves munka eredményeihez. Köszönetet mondanak továbbá a Semmelweis OTE Biometriai Csoport munkatársainak, Paksi András dr.-nak és Kun Zsuzsának, akikkel a biometriai értékelés során rendszeresen konzultáltak.

Összefoglalás. Szerzők 1975—76 során a Schöpf-Merei Kórház I. és II. szülészeti osztályán lezajlott szülések köldökvérmintáiból 5656 koleszterin és 3882 összlipoid meghatározást végeztek. A kapott adatokat gesztációs idő szerint csoportosították és a percentilis számítással értékelték. Az érett újszülöttek köldökvérmintáinak átlag koleszterin értéke 76,2 mg/dl-nek bizonyult, amely érték jól illeszkedik az irodalomban található értékekhez. A gesztációs idő szerinti csoportosításban a köldökvér koleszterin érték magasabb volt koraszülöttekben mint az érett újszülöttekben. A két koraszülött csoport log transzformáció után kiszámolt átlagértéke és az érett újszülöttek hasonló értéke között az „u” próbában szignifikáns különbség adódott. A köldökvérminták összlipoid értéke követte a koleszterin érték alakulását, vagyis a gesztációs idővel párhuzamosan csökkent, kivéve a túlhordásos újszülöttek csoportját, ahol ismét emelkedést mutatott. A kis súlyú érett újszülöttek köldökvérének koleszterin és összlipoid értéke az érett újszülöttek értékéhez hasonló volt, vagyis alacsonyabb mint a valódi koraszülöttek megfelelő értéke. Más szerzőkkel ellentétben nem találtak összefüggést a magas köldök-

vér koleszterin érték és az újszülöttkori betegség, illetve alacsony Apgar-érték között.

IRODALOM: 1. Andersen, G. E., Nielsen, H. G.: Clin. Chim. Acta. 1976, 66, 29. — 2. Bobok J. és mtsai: Acta Paed. Ac. Sci. Hung. 1974, 15, 95. — 3. Bobok, J. és mtsai: Gyermekgyógy. 1976, 27, 171. — 4. Cress, R. H. és mtsai: Ped. Res. 1977, 11, 19. — 5. Czerny B. és mtsai: Kinderärzt. Praxis. 1977, 45, 110. — 6. Darmady, J. és mtsai: Brit. Med. J. 1972, 2, 685. — 7. Dyeberg, J. és mtsai: Acta Paed. Scand. 1974, 63, 431. — 8. Glueck, C. J. és mtsai: Metabolism. 1971, 20, 697. — 9. Goldstein, J. L. és mtsai: A. J. Hum. Gen. 1974, 26, 727. — 10. Greten, H. és mtsai: Dtsch. med. Wschr. 1974, 99, 2553. — 11. Kesteloot, H. és mtsai: Eur. J. Cardiol. 1975, 2/3, 285. — 12. Krámer M. és mtsai: Orv. Hetil. 1973, 114, 2889. — 13. Kwiterivich, P. O., Levy, R. R.: Lancet. 1973, I, 118. — 14. Mishkel, M. A.: CMA Journal. 1974, 111, 775. — 15. Mortimer, J. G.: Arch. Dis. Childh. 1964, 39, 342. — 16. Ose, L.: Lancet. 1975, II, 615. — 17. Parwaresch, M. R. és mtsai: Mschr. Kinderheilk. 1977, 125, 865. — 18. Tsang, R. C. és mtsai: Ped. 1974, 53, 458. — 19. Tsang, R. C. és mtsai: Am. J. Dis. Childh. 1974, 127, 78.

**Kórházak, rendelőintézetek gazdasági vezetői
illetve beszerzéssel foglalkozó szakemberei
figyelmébe ajánlják, hogy az**



Bemutatótermében (Bp. VI., Népköztársaság útja 36.)

Orvosi műszer és készülék vásárt

rendezünk

1979. szeptember 11—19-ig naponta 9—16 óráig

Egyes cikkek kedvezményes áron kaphatók!

Raktárról azonnal szállítunk!



**Művelt Nép
Könyvterjesztő
Vállalat**

ORVOSI KÖNYVEKET AJÁNLUNK

<i>Aszódi Lili:</i> AZ EMBERI VÉRSEJTEK ALLOANTIGÉN RENDSZEREI	139 Ft
<i>Babics Antal:</i> MEGTÉVESZTŐ KÓRESETEK INTRAOPERATÍV DIAGNÓZISA AZ UROLÓGIÁBAN	45 Ft
BELGYÓGYÁSZATI DIAGNOSZTIKA. 5. átdolgozott kiadás Szerkesztő Petrányi Gyula	109 Ft
<i>Béládi Ilona – Kétyi István – Nász István:</i> ORVOSI MIKROBIOLÓGIA – IMMUNITÁSTAN – PARAZITOLÓGIA	117 Ft
BIOFIZIKA. 2., átd. kiadás. Szerkesztő Ernst Jenő	113 Ft
CLIMACTERIUM SZEMINIUM. Szerkesztő Takács István	74 Ft
<i>Döbrössy Lajos – Lust Iván – Bodó Miklós:</i> A KORAI MÉHNYAKRÁK KOMPLEX DIAGNOSZTIKÁJA	38 Ft
EMLŐVIZSGÁLATI ELJÁRÁSOK. Szerkesztő Erdélyi Mihály	57 Ft
A GYAKORLÓ ORVOS ENCIKLOPÉDIÁJA. 1–4. kötet 2., átdolgozott, bővített kiadás. Szerkesztő Trencsényi Tibor	413 Ft
<i>Huba Judit:</i> GYÓGYTORNA AZ IDEG- ÉS ELMEGYÓGYÁSZATBAN	50 Ft
<i>Komáromy László:</i> AZ AGYVELŐ BONCOLÁSA. 5. kiadás	33 Ft
A KÖRNYEZETVÉDELEM BIOLÓGIAI ALAPJAI. Szerk. Kovács Margit	71 Ft
<i>Lengyel Mária:</i> ECHOCARDIOGRAPHIA	30 Ft
<i>Magyar Imre – Petrányi Gyula:</i> A BELGYÓGYÁSZAT ALAPVONALAI 1–3. kötet. 10., javított, bővített kiadás	435 Ft
SEBÉSZETI MŰTÉTTAN. Szerkesztő: Kittmann Imre	405 Ft
<i>Szentágothai János:</i> FUNCTIONÁLIS ANATÓMIA. 3., javított kiadás	298 Ft

Könyvvel könnyebb

A könyvek megrendelhetők az alábbiak szerint kitöltött hirdetési szelvényen, vagy postai levelezőlapon. Magánvásárlóinknak készpénzfizetés esetén 200 Ft felett költségmentes a szállítás. Részletfizetésnél a postaköltséget, valamint a 3%-os kezelési költséget felszámítjuk. Részletfizetési kedvezményeink: 400 Ft felett 4 havi, 600 Ft felett 6 havi törlesztés.

MEGRENDELÉSI FORMA

Alulírott megrendelem postai szállításra a fenti műveket:

* részletfizetéssel

** készpénzfizetéssel.

(A nem kívánt feltétel törlendő)

Kelt

a megrendelő aláírása

A megrendelő neve:

Címe (irányítószámmal):

CSAK RÉSZLETFIZETÉS ESETÉN TÖLTENDŐ KI!

Szül. hely, év:

Anyja neve:

MŰVELT NÉP KÖNYVTERJESZTŐ VÁLLALAT

179 sz. bolt

MISKOLC Széchenyi u. 54. 3530

A carcinoembrionalis antigén jelentősége a méhnyakrák kórlefolyásának nyomonkövetésében

Pulay Tamás dr., Csömör Sándor dr.
Solymos Árpád dr.

1965-ben Gold és Freedman (13) közölték, hogy a vastagbél adenocarcinomaiban olyan új antigént találtak, amely hiányzik a felnőtt bélből, de megtalálható a bélben a foetalis élet során. Nevét is innen kapta — carcinoembrionalis antigén — röviden CEA.

Kémiai vizsgálatok szerint molekulahatára 180 000 Dalton körül mozog, 45% fehérjét és 55% szénhidrátot tartalmaz. A különböző mintákból elvégzett elemzések az egyes alkotórészek százalékos arányában csekély különbséget tártak fel. Cukor komponensei közül fukóz, mannóz, galaktóz, N-acetilglukozamin, N-acetilgalaktózamin és szialinsav található (2). Elektronmikroszkóposan a CEA molekula elsődlegesen 40 nm hosszú, 9 nm átmérőjű egységekből áll.

Kezdetben agargélben végzett immunprecipitációval vizsgálták, majd 1969-ben Thomson és mtsai (33) radioimmunoassay-t dolgoztak ki mérésére. A mérési eljárás további módosítását jelentette a Hansen és mtsai (15) által 1971-ben leírt eljárás. Ők zirkonil phosphate gél segítségével különítették el a kötött és nem kötött antigént. Azóta még egyszerűbb, gyorsabb módszereket dolgoztak ki. A CIS-IRE cég a második antitestet csapadékot képező cellulóz mikrokristályhoz kötötte (CEA—RIAKIT). Legújában megjelentek a vizsgáló cső falához vagy papírkoronghoz kémiaiilag kötött antitesttel dolgozó eljárások is (ABBOTT Diagnostic Division). Ebben a megoldásban a 2. antitestet jelölik ^{125}J -dal.

Ismereteinket alapvetően nem befolyásolták az új módszerek, de a mérési eljárás technikailag egyszerűbbé és pontosabbá vált általuk. A radioimmunoassay (RIA) segítségével a CEA nanogramnyi mennyiségei is mérhetővé váltak.

Az első vizsgálatok a vastagbél rákjában szenvedő betegekben 97%-os pozitív eredménnyel jártak (33). Ezeket az eredményeket más intézetekben is megerősítették (24, 29). Az utánvizsgálatokból kitűnt, hogy a kezdeti szériák esetében a betegek többségében a daganatos folyamat előrehaladott volt, a legtöbb esetben metastaticus kórformáról volt szó. A későbbi vizsgálatok során, ahol a tumor kiterjedését is figyelembe vették, kis lokalizált daganatok esetében 19 és 40% között mozgott a CEA

pozitív esetek száma, míg máj-metastasis esetében elérte a 100%-ot (39).

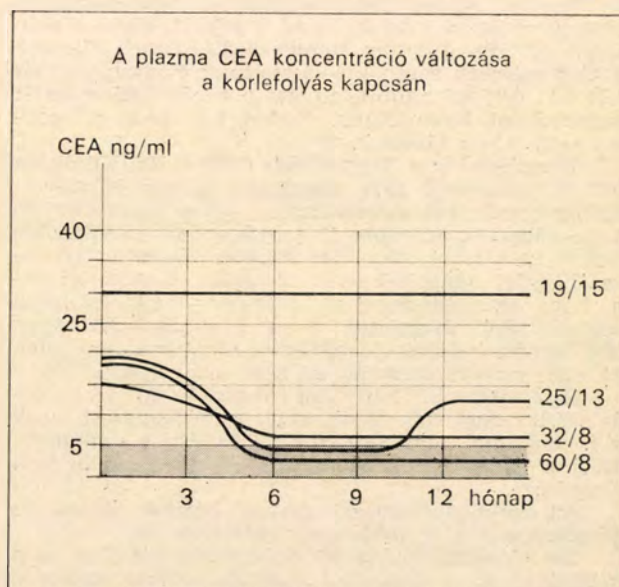
Ezzel egy időben a plazma CEA koncentráció meghatározásának, mint vizsgáló módszernek az értékelése is realisabbá vált. Igazolták, hogy a 2,5 ng/ml szérumszint, amit kezdetben az egészségesek és a betegek közötti határvonalnak tekintettek, nem tekinthető abszolútnak és nem elhanyagolható a hamisan pozitív, ill. hamisan negatív esetek száma (28, 41). A plazma CEA szint meghatározás alapján pozitívnak ítélt esetek között gyakoriak a jóindulatú vagy gyulladásos elváltozások. Erős dohányosok esetében is a normálist meghaladó CEA szinteket figyeltek meg (12, 16).

A CEA meghatározásból eredő téves következtetéseket újabb a CEA egyik frakciójának, a CEA—S-nek a vizsgálatával igyekeznek csökkenteni. Edgington és mtsai (9) szerint a CEA—S meghatározása csökkenti a tévesen pozitívnak ítélt betegek számát.

Az eddig elvégzett vizsgálatok alapján a CEA meghatározásnak elsősorban a rák nyomonkövetésében és nem annak korai felismerésében tulajdonítanak jelentőséget.

A női nemi szervek rosszindulatú daganatainak és ezen belül a méhnyak rákjának vizsgálatára vonatkozóan csak néhány munkacsoport eredményeire támaszkodhatunk (5, 6, 7, 8, 20, 21, 22, 34, 35). Ezek az eredmények sok szempontból kiegészítik egymást. Tekintettel arra, hogy az eddig közölt adatok csupán néhány száz betegre vonatkoznak, érdemesnek látszott további tapasztalatokat szerezni ezen a területen. Az eredményeket más módszerekkel nyert adatok értelmezéséhez és alátámasztásához, kiegészítő jelleggel is, felhasználtuk.

Ez utóbbiakról egyebütt számolunk be.



Abra: Az egyes vonalak a plazma CEA koncentrációjának jellegzetes változását, a végére írt tört szám számolójája az ebbe a csoportba tartozó betegek számát, nevezője pedig a recidivák számát jelöli

1. táblázat. Mintavétel

A vénás vér alvadásgátlóval levéve és centrifugálva.
A plazmát jelöljük és a vizsgálatig —20°C-on tároljuk.

0,5 ml plazma +2 ml 0,85% Na Cl keverés +2,5 ml 1,2M perklórsav keverés 20 perc 1000 g centrifugálás a felülszó dializálása 50-szeres mennyiségű deionizált vízzel 3 óráig, majd 50-szeres mennyiségű 0,01 M ammóniumacetáttal szemben, pH: 6,8-on, 3—24 óráig pH:6,5 (±0,2) eléréséig. + a hígítástól függően 25—100 ul anti CEA szérum 45°C (±1°) 30' (±1') ig vízfürdő +25 ul ¹²⁵ I-CEA 45°C (±1°) 30 (±1) perc vízfürdő +2,5 ml zirconil foszfát gél 1. Centrifugálás 5 percig 1000 g-n. Mosás 5 ml pH 6,25 (01M) ammóniumacetáttal. Rázás Vortex moxeren. Centrifugálás 5 percig 1000 g-n Mérés Az így kapott eredmény 0—20 ng/ml között elfogadható. E fölött direkt eljárással ismételni kell.	0,05 ml plazma +0,2 ml veronal puffer +0,1 ml anti CEA szérum 24 óra 20°C-on inkubálás +0,1 ml ¹²⁵ I-CEA 24 óra inkubálás +hígítástól függően 0,100—0,50 ml mikrokristályos cellulózhoz kötött második antitest 4 óra rázás Centrifugálás Mosás kétszer Mérés (mérési tartomány 0—320 ng/ml)
--	--

Anyag és módszer

Vizsgálatainkhoz kezdetben a Hoffmann—La Roche cég RIA kitjét, később a CIS—IRE cég RIA kitjét használtuk fel. Ez egyúttal lehetővé tette számunkra a két eljárás összehasonlító értékelését is, mivel részben azonos plazmamintákat is feldolgoztunk.

Tekintettel arra, hogy mindkettő gyárilag standardizált eljárás, részletes ismertetésüktől eltekintünk és kizárólag az összehasonlítás kedvéért ismertetjük a két eljárás fontosabb lépéseit (1. táblázat). Az összehasonlításból kiderül, hogy a CEA „Roche” RIA test lényegesen anyag-, eszköz- és munkaigényesebb. Ennek megfelelően 1 mintára vetítve jóval drágább is. A CIS—IRE eljárás méréstartománya jóval szélesebb. Bármely eljárást nézzük, mind a jelzett, mind a nem jelzett antigén gyárilag standardizált. Ennek ellenére az első mérések során kiválasztottunk 4 plazmamintát (1,8; 4,1; 6,8; 8,7 ng/ml), amiket a továbbiakban saját standardként használtunk. Ezeket 0,5 ml-es adagokban —20 °C-on tároltuk.

Vizsgálataink a Semmelweis OTE I. Női Klinikára 1975 novemberétől 1977 márciusáig felvett és szövettanilag igazolt 149 méhnyakrákos beteg plazmamintájában végeztük. Közülük 51 a gyógykezelés kiegészítéseként Levamisol (Decaris; Richter Gedeon Gyógyszerárugyár) adagolásban is részesült. Tekintettel arra, hogy az eredményeket kizárólag a kór lefolyása szempontjából értékeltük és a Levamisol közvetlen CEA szintet befolyásoló hatására nincs irodalmi adat, így ezen csoport eredményeit nem tárgyaljuk külön.

Betegeinket a FIGO által elfogadott stádiumbeosztás szerint csoportosítottuk, azzal a módosítással, hogy az I. stádiumot nem bontottuk fel I/a és I/b stádiumra, mivel a gyógykezelés szempontjából ennek nem volt jelentősége.

Az egyes stádiumokba tartozó betegek számát és átlagéletkorát a 2. táblázaton tüntettük fel.

Összehasonlításuként 88 egészséges, illetőleg nem gyulladásos vagy daganatos megbetegedésben szenvedő nő plazma CEA koncentrációi szolgáltak (3. táblázat).

Az alkalmazott terápiát részletesen már korábban ismertettük. A sugárkezelés kapcsán 5 alkalommal vizsgáltuk a CEA szintet. Műtét esetén a műtét előtt és a műtét utáni 9—10. napon történt meghatá-

rozás. A kezelés menetét és az egyes vérvételek időpontját a 4. táblázaton ismertettük. A továbbiakban minden klinikai ellenőrzés alkalmával CEA meghatározásra is vettünk vért. A betegeket kezdetben 3, majd később 6 havonta rendeltük vissza ellenőrző vizsgálatra. Jelenleg 9—18 hónapig terjedő nyomonykövetésről számolunk be.

Eredmények

A CEA „Roche” RIA-Test és a CIS—IRE CEA kit összehasonlítását 15 plazmaminta CEA tartalmának párhuzamos meghatározásával végeztük. A két módszer eredményei közötti eltérés 10%-on belül maradt. Ez gyakorlatilag azonos a Hoffmann—La Roche cég által megadott standard devia-
tióval.

Betegeink felvételekor 131 közül 30-nak, azaz 22,90%-nak volt a plazma CEA szintje 5 ng/ml alatt. E 30 beteg stádium szerinti megoszlását az 5. táblázaton szemléltetjük. A 131 beteg kezelés előtti eredményeit a klinikai stádiumbeosztás tükrében a 2. táblázat mutatja. A plazma CEA szint változását a gyógykezelés és a kórlefordulás során 136 beteg adatai alapján sematikusan ábra szemlélteti. 4 jól elkülöníthető típusba sorolható a CEA szint változása.

1. Az eredetileg is magas érték a gyógykezelés alatt és után nem vagy alig módosul. Ebbe a csoportba betegeink 14%-a tartozott. E 19 beteg közül a megfigyelési időszak alatt 15-ben következett be recidiva.
2. A kezdeti magas érték a kezelés hatására normalizálódott. Ebbe a csoportba 53 beteg (39%) volt sorolható, közülük 8-ban figyeltünk meg recidivát. Kiegészíthetjük ezt a csoportot azzal a 7 beteggel (5,1%), akiknek a plazma CEA szintje mind a felvételkor, mind a továbbiak során alacsony volt (5 ng/ml alatti érték) és az is maradt. Közöttük a megfigyelési időszak alatt recidivát nem észleltünk.
3. Jellegzetes CEA görbét mutat az a 25 betegünk (18,4%), akikben a sugárkezelés hatására a kezdeti normálist meghaladó CEA érték 5 ng/ml alá süllyedt, majd újra emelkedett. E csoportban 13 recidiva következett be.

2. táblázat. 131 méhnyakrákos betegünk életkora és átlagos CEA szintje stádiumok szerint

Stádium	Beteg-szám	Életkor ± SE	CEA ng/ml ± SE
I.	39	49,7±1,73	10,33±1,34
II/a.	40	54,7±1,82	14,37±2,46 t = 1,4422
II/b.	21	56,8±2,72	--19,61±3,62 t = 2,4041
III.	24	59,9±2,24	16,68±4,22 t = 1,4342
IV.	7	57,2±4,86	-25,60±7,25 t = 2,0711

- P < 0,05

-- P < 0,02

A feltüntetett t értékek az I. stádiumhoz viszonyítanak

3. táblázat. Normál kontroll csoport eredményei

	ÁTLAGKOR EV±SE	Beteg- szám	CEA KONCENTRÁCIÓ ng/ml					ÁTLAG
			0—2,5	2,5—5	5—7,5	7,5—10	10—	
K ₁ (48 évnél fiatalabbak)	34,31±1,0	62	23	20	11	6	2	5,1±1,32
K ₂ (48 évesnél idősebbek)	55,46±1,09	26	5	6	9	4	2	6,5±1,36
TELJES KONTROLL CSOPORT	40,55±3,21	88	28	26	20	10	4	5,5±1,00

4. Végül a kezdeti magas, vagy legalábbis a normális értékhatár feletti plazmakoncentráció csökkent, de változatlanul meghaladta az 5 ng/ml szintet. Ebbe a csoportba 32 betegünk (23,5%) tartozott. Közülük 8-ban recidivált a folyamat.

Kilenc, ill. 18 hónapig tartó nyomonkövetés és az utolsó klinikai vizsgálat, ill. CEA meghatározás alapján 112 értékelhető betegünk 3 csoportba volt sorolható.

- 39 beteg mind a klinikai vizsgálat, mind a CEA meghatározás szerint daganatmentes volt.
- 47 beteg klinikailag daganatmentes volt, de a CEA szint 5 ng/ml-t meghaladta. Átlag $16,4 \pm 4,1$ ng/ml volt.
- Klinikailag recidivált a folyamat 26 betegben. Az ő átlagos CEA szintjük $18,6 \pm 3,9$ ng/ml-nek adódott. Közülük 9 betegben az 5 ng/ml-es határt a CEA szint nem haladta meg.

Külön vizsgáltuk az emelkedő CEA szint és a betegség recidiválása közötti időbeni összefüggést; 26 ilyen szempontból értékelhető betegünk esetében 0—32 hét között változott és átlagosan 13,8 hétnek bizonyult, a recidiva klinikai megjelenéséig eltelt idő.

Megbeszélés

A CEA meghatározás felcsillanó lehetőségei okozta kezdeti lelkesedés nagymértékben csökkent, amikor kiderült, hogy az egészséges és a daganatos beteg közötti különbség nagyon is elmosódott ahhoz, hogy a diagnózis felállításában a klinikusnak segítségére lehessen. Az egészséges és a daganatos beteg közti határ feloldásában nagy szerepet játszanak meglehetősen gyakran előforduló egyéb betegségek és állapotok.

Moore és mtsai (27) közölték, hogy alkoholos májkárosodásban szenvedők 45%-ában a CEA szint kóros értéket ér el. Rule (30) a gyulladásoos bélbetegségekben szenvedők harmadában, Fuks és mtsai (11) pancreatitisben 43%-ban, diverticulitisben 12%-ban, Hansen és mtsai (16) colitis ulcerosában 32%-ban, chronicus tüdőfolyamatban 57%-ban észlelték a normálist meghaladó CEA szintet. Ezen 2,5 ng/ml-t értettek. A 2,5 és 5 ng/ml közötti sávot Gold és Freedman (14) átmeneti zónaként (gray zone) értékelik. Vincent és mtsai (38) vizsgálatosorozatában 487 egészséges donor közül csak 2,7 százalék CEA szintje haladta meg a 2,5 ng/ml-es határt. Hasonló megfigyelésről számoltak be Han-

sen és mtsai (16), akik 892 nem dohányzó önkéntes véradó között 97%-ban találtak 2,5 ng/ml alatti értéket. Sugarbaker és mtsai (32) is 2,5 ng/ml-ben vonták meg a határt. Kevésbé reális ez akkor, ha figyelembe vesszük, hogy a dohányosok 19%-ában találtak 2,5 ng/ml feletti értéket (16). Hasonlóképpen értékelhető Vincent és mtsai (38) megfigyelése, akik 246 nem daganatos beteg esetében 14%-ban találtak 2,5 ng/ml feletti értéket. Go (12) szerint az 5 ng/ml-es határ reálisabb. Khoo és mtsai (21) is az 5 ng/ml határ mellett foglalnak állást azzal indokolva, hogy teljes szérum használata esetén ez felelt meg eredményeiknek. Módszerük érzékenysége alsó határa 3 ng/ml volt, de ebben a tartományban eljárásuk érzékenysége már csökkent. A normál értékhatár kijelölésekor figyelembe kell venni, hogy a magasabb értékhatár javítja a pozitív találatok arányát, de emelkedő számú negatív hibás eredmény árán.

Kontroll csoportunk vizsgálati eredményei az irodalmi adatoknál is magasabb százalékban tartalmaznak 2,5, ill. 5 ng/ml feletti értéket. Ezt részben annak tulajdonítjuk, hogy nem annyira válogatott csoportról van szó, mint amit a véradók jelentenek, részben a magasabb korúak nagyobb arányának, akikben az átlagérték is némileg emelkedett volt, végül Khoo és mtsaihoz (21) hasonlóan magunk is teljes plazmával dolgoztunk.

Méhnyakrákos betegeink eredményei azt mutatták, hogy a daganat kiterjedésével fokozatosan növekszik a plazma CEA koncentráció. Khoo és Mackay (21) praeinvasív méhnyakrákban 38%-ban, invazív rák esetében 58%-ban találtak 5 ng/ml feletti értéket. Di Saia és mtsai (6) 109 in situ méhnyakrákos közül 5,5%-ban találtak pozitív értéket. 89 invazív laphámrák esetében a klinikai stádiumokkal párhuzamosan emelkedő CEA szintet figyeltek meg. Van Nagell és mtsai (34) 100 in situ méhnyakrákos közül 29-ben, 75 invazív rák esetében 65%-ban találtak emelkedett értéket. Ez utóbbi betegcsoportban a klinikai stádiumokkal némi összefüggést mutatott a felvételi CEA szint. 131 betegünk közül a normál értéktartományba eső CEA koncentráció a daganat kiterjedésével csökkenő gyakoriságot mutatott. Ez az eredmény a kontroll csoportéhoz hasonlóan magasabb mint Di Saia (4) eredménye, de megegyezik Van Nagell és mtsai (35, 36) eredményeivel.

A recidiváló daganatok esetében Di Saia (4) emelkedő százalékban említi a pozitív esetek arányát. Ez gyakorlatilag megegyezik saját észlelésünkkel. 26 beteg közül 18-ban találtunk 5 ng/ml-t meghaladó értéket.

A nyomkövetés során *Donaldson és mtsai* (8), illetve *Khoo és Mackay* (22) az alábbi lehetőségeket említik:

1. A kezelés során normalizálódik, ill. végig normális szinten marad a CEA szint. 12 betegünk közül 1 esetben figyeltek meg recidívát ilyen típusú görbe mellett.
2. Csökken, de nem normalizálódik.
3. Csökken, de újra emelkedik, illetőleg végig magasan marad; 9 betegünk közül 6-ban recidivált a folyamat.

A kezelés hatására normalizálódó vagy változatlanul alacsonyan maradó görbe értékelésével kapcsolatosan eltérőek a tapasztalatok. Saját eredményeink 60 betegen alacsony recidiva előfordulást mutatnak, azaz jó prognózisra utalnak különösen a végig normális értéket mutató betegek esetében. *Mach és mtsai* (25) sem figyeltek meg recidívát ilyen esetben. *Khoo és Mackay* (22) 10 közül 1 esetben írtak le recidívát. Lényegében hasonlóképpen értelmezhető *Holyoke és mtsai* (18) megfigyelése is, akik 2,5 ng/ml praeeoperatív CEA szint esetében 20 betegük közül csak 1-en figyeltek meg recidívát. Ezzel szemben *Sugarbaker és mtsai* (32) 12 betege közül 4-ben recidivált a folyamat. A második típusú görbével kapcsolatosan *Donaldson és mtsai* (8) részben a cigarettázásra, részben perzisztáló daganatra utalnak. *Zamchek* (41) az emésztőtraktus jóindulatú elváltozásaira, míg *Mach és mtsai* (25) és *Mackay és mtsai* (26) szintén a perzisztáló daganat lehetőségére hívják fel a figyelmet. Saját vizsgálataink is az utóbbi lehetőséget erősítik, hiszen 32 betegünk közül 8-ban újult ki a folyamat.

A harmadik típusú görbe vonatkozásában megfigyelnek a tapasztalatok. *Khoo és Mackay* (22) 17 betege közül 13-ban újult ki a folyamat, illetőleg residualis daganat maradt vissza a kezelés után. *Donaldson és mtsai* (8) szerint is az emelkedő CEA szint a folyamat kiújulásának jele. Hasonlóképpen értelmezhető a tartósan magas vagy emelkedő CEA szint a chemotherapia prognózisa szempontjából. *Skarin és mtsai* (31) gyomor-bél rendszer daganatai esetén ilyen szintek mellett a kezelés sikertelenségéről számoltak be. Általában a legkülönbözőbb lokalizációjú daganatok vonatkozásában megegyezik a vélemény a 20 ng/ml feletti érték a daganat szóródására, ill. rossz prognózisra utal (1, 3, 19). 19 betegünkön tapasztaltuk a kezelésre nem reagáló magas CEA értéket. Közülük 15-ben, míg a normalizálódó, de újra emelkedő CEA szintet mutató 25 betegünk közül 13-ban következett be a betegség kiújulása.

Az eddig említett adatok mind amellett szólnak, hogy a CEA meghatározás felhasználása a da-

ganatok követésében nem lezárt kérdés. Ma már biztosan tudjuk, hogy a rák diagnózisára, tehát szűrésére nem használható fel (23, 28). A különböző elhelyezkedésű daganatos betegségek nyomkövetésére általában felhasználhatónak tartják (12, 14, 32). A betegek nyomkövetése kapcsán a recidivák előrejelzésének kérdésében már ismét megoszlanak a vélemények. A gyakorlatban külön problémát jelent, hogy a gyógykezelés után mennyi idővel válik klinikailag használhatóvá a CEA meghatározás. Az utolsó sugárkezelés (Ra kezelés) idején talált értékhez képest jelentős változások következhetnek be. *Fudenberg* (10) szerint az utolsó besugárzás után 3 héttel végzett vizsgálat már jó referens értéket ad a további megfigyelések számára. *Holyoke és mtsai* (18) teljes tumoreltávolítás után 2 héttel a CEA szint normalizálódását figyelték meg. Saját vizsgálataink szerint méhnyakrákban a sugárkezelés után 3 hónappal válik reálisan felhasználhatóvá a CEA meghatározás mint alap, a betegség további alakulásának viszonyítására. Hasonlóképpen foglalt állást *Herberman* (17) is. Sebészi beavatkozás után 0–3 hónapig terjedő időszakban végzett CEA meghatározások jelentőségét véleménye szerint nagymértékben csökkenti, hogy műtét után gyakran CEA szint emelkedés figyelhető meg. A 3 hónap múltán elkezdett rendszeres meghatározás már prognosztikai jelentőségű. Tapasztalatai szerint egyetlen emelkedett értékből nem lehetett következtetéseket levonni. Ilyen esetben havonkénti ismétlést javasolt; 3 egymást követő pozitív érték már megbízhatóan utal a recidivára.

Saját megfigyeléseink szerint az ismétléseket érdemes és szükséges 2 hetente végezni. *Holyoke és mtsai* (18) vizsgálatában a CEA meghatározás 2,3 hónappal korábban hívta fel a figyelmet a progresszióra mint az klinikailag megjelent. *Khoo és Mackay* (22) 12 méhnyakrákos betegében az előrejelzés átlagos ideje 10,7 hétnek bizonyult és 0 és 40 hét között változott. *Mackay és mtsai* (26) 53 betegük közül 26 esetében tudták előre jelezni a folyamat kiújulását, és 10 esetben csak megerősítették a klinikai diagnózist. Hasonló megfigyelésekről számoltak be mások is (16, 37, 39, 40, 41). Saját tapasztalataink szerint a rendszeres CEA meghatározás önmagában nem biztosítja kellőképpen a méhnyakrák recidivájának korai felismerését.

A CEA meghatározás pozitív hibája lényegesen kisebb mint a negatív hibák aránya. A méhnyakrák gyógykezelése során bekövetkezhet emelkedő CEA szintet eredményező helyzet, amit tévesen pozitív jelként értékelhetünk. Ilyen például a sugárkezelés okozta végbélgyulladás: 149 betegünk közül 5 esetben fordult elő, és mindannyiszor je-

4. táblázat. **Felvétel**

1. vérévétel	2. vérévétel	3. vérévétel	4. vérévétel	5. vérévétel	6. vérévétel
1. sorozat rtg besugárzás + I. Ra kezelés	2. sorozat rtg besugárzás + II. Ra kezelés			III. Ra kezelés	I. ellenőrzés
	kb. 14 nap szünet			kb. 30 nap szünet	kb. 90 nap szünet

5. táblázat. **A felvételnél 0–5 ng/ml plazma CEA koncentrációt mutató betegek stádiumok szerinti megoszlása**

Stádium	Betegszám	0–5 ng/ml CEA koncentráció
I.	39	10
II/a.	40	13
II/b.	21	2
III.	24	5
IV.	7	0

lentős CEA szint emelkedéssel járt. A gyulladás helyi kezelésére általában jól reagált. Elmúltával a CEA szint is normalizálódott. Ilyen és más recidivagyanús esetekben a vizsgálatokat 2 hetente végezve 3 pozitív eredményt 1 hónap alatt, míg Herberman (17) szerint havonta eszközölve 2 hónap alatt kapunk. Az egy hónap nyereség nem elhanyagolható a beteg szempontjából.

A klinikusnak fel kell használnia minden esz-
közt a betegség nyomkövetésére. Hibái ellenére a CEA radioimmun meghatározása egyéb labora-
tóriumi és klinikai vizsgálatokkal összevetve azo-
kat kiegészíti, ill. megerősítheti. A CEA RIA-t
hasznos és szükséges eszköznek tartjuk a méhnyak-
rák monitorizálásában, aminek alkalmazása segíti
előre jelezni a betegség kiújulását. Ezt a lehetőséget
az egyre javuló chemoterapiás és immunothera-
piás eljárások birtokában nem szabad figyelmen
kívül hagyni.

Összefoglalás. A szerzők 149 szövettanilag iga-
zolt méhnyakrákos beteget követtek nyomon a ke-
zelés megkezdésétől 9–18 hónapon át, rendszere-
sen végzett plazma carcinoembrionalis antigén
(CEA) meghatározással. Invasív rák esetében 22,9
százalékban találtak normális értéket. A kezelés
megkezdése előtt végzett meghatározások eredmé-
nyei csak laza összefüggést mutattak a folyamat
kiterjedésével. A gyógykezelés kapcsán a CEA
szint négyféle módosulását írták le és tárgyalják e
betegek esetében a CEA szint változása és a prog-
nózis közötti összefüggést. Vizsgálataik alapján
megállapítják, hogy méhnyakrák esetében a plaz-

ma CEA meghatározás hasznos segédeszköz a be-
tegség nyomkövetésében, de megbízhatósága
önmagában nem elegendő.

IRODALOM: 1. Chu, T. M., Nemoto, T.: J. Natl.
Cancer Inst. 1973, 51, 1119. — 2. Coligan, J. E. és mtsai:
Cancer. 1975, 36, 2445. — 3. Concannon, J. P. és mtsai:
Cancer. 1974, 34, 184. — 4. Di Saia, Ph. J.: Cancer.
1976, 38, 566. — 5. Di Saia, P. és mtsai: Surg. Gynecol.
Obstet. 1974, 138, 542. — 6. Di Saia, P. J. és mtsai:
Am. J. Obstet. Gynecol. 1975, 121, 159. — 7. Di Saia, P.
J. és mtsai: Obstet. Gynecol. 1976, 47, 95. — 8. Donald-
son, E. és mtsai: Am. J. Roentgenol. 1976, 127, 829. —
9. Edgington, T. S. és mtsai: N. Engl. J. Med. 1975,
293, 103. — 10. Fudenberg, H.: személyes közlés. — 11.
Fuks, A. és mtsai: Biochim. Biophys. Acta. 1975, 417,
123. — 12. Go, V. L. W.: Cancer. 1976, 37, 562. — 13.
Gold, P., Freedman, S. O.: J. Exp. Med. 1965, 121, 439.
— 14. Gold, P., Freedman, S. O.: JAMA. 1975, 234, 190.
— 15. Hansen, H. J. és mtsai: Clin. Res. 1971, 19, 143.
— 16. Hansen, H. J. és mtsai: J. Human Pathol. 1974,
5, 139. — 17. Herberman, R. B.: Cancer. 1976, 37, 549.
— 18. Holyoke, E. D.: Ca. 1975, 25, 22. — 19. Khoo, S.
K.: Med. J. Austral. 1974, 1, 1025. — 20. Khoo, S. K.,
Mackay, I. R.: J. Clin. Pathol. 1973, 26, 470. — 21.
Khoo, S. K., Mackay, E. V.: Aust. N. Z. J. Obstet.
Gynaec. 1973, 13, 107. — 22. Khoo, S. K., Mackay, E.
V.: Cancer. 1974, 34, 542. — 23. Laurence, D. J. R. és
mtsai: Br. J. Med. J. 1972, 3, 605. — 24. Lo Gerfo, P.
és mtsai: N. Engl. J. Med. 1971, 285, 138. — 25. Mach,
J. P. és mtsai: Lancet. 1974, 307, 535. — 26. Mackay,
A. M. és mtsai: Br. Med. J. 1974, 4, 383. — 27. Moore,
T. és mtsai: Gastroenterology. 1972, 63, 88. — 28. Na-
tional Cancer Institute of Canada and American Can-
cer Society: Can. Med. Assoc. J. 1972, 107, 25. — 29.
Reynoso, G. és mtsai: JAMA. 1972, 220, 361. — 30.
Rule, A. H. és mtsai: N. Engl. J. Med. 1972, 287, 24. —
31. Skarin, A. T. és mtsai: Cancer. 1974, 33, 1239. — 32.
Sugraker, P. H. és mtsai: Cancer. 1976, 38, 2310.
— 33. Thomson, D. M. P. és mtsai: Proc. Natl. Acad.
Sci. 1969, 64, 161. — 34. Van Nagell, J. R. Jr. és mtsai:
Am. J. Obstet. Gynecol. 1976, 126, 105. — 35. Van Na-
gell, J. R. és mtsai: Cancer. 1975, 35, 1372. — 36. Van
Nagell, J. R. Jr. és mtsai: Gynecol. Invest. 1975, 6, 40.
— 37. Vincent, R. G., Chu, T. M.: J. Thorac. Cardio-
vasc. Surg. 1973, 66, 320. — 38. Vincent, R. G. és mtsai:
Cancer. 1975, 36, 2069. — 39. Zamcheck, N.: Advances
in internal Medicine Vol. 196 Chicago Year Book Me-
dical Publishers. 1974. pp. 413. — 40. Zamcheck, N.:
Cancer. 1975, 36, 2460. — 41. Zamcheck, N. és mtsai:
N. Engl. J. Med. 1972, 286, 83.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

Posta Központi Hírlapiroda, Budapest V., József nádor tér. Tel. 180-850



VENORUTON

kapszula, injekció

H 600 Antivaricosa

ÖSSZETÉTEL: 1 kapszula 300 mg 0-(β -hydroxyethyl)-rutosidea-t tartalmaz. 1 ampulla (5 ml) 500 mg 0-(β -hydroxyethyl)-rutosidea-t tartalmaz.

JAVALLATOK:

Kapszula: Thrombosis (mély thrombophlebitis) kezelésben adjuvánsként az oedema-készség, vagy meglevő oedema csökkentésére, majd folytatólagosan a thrombosis klinikai gyógyulása után az akadályozott vagy nehezített vénás visszafolyás miatt.

Krónikus vénás insufficienciában (postthrombotikus állapot, varicositas), a végtag dekompenzált vénás keringésének (oedema, induratio, recidiváló thrombophlebitis, dermatosis, ulcus cruris) kompenzálására, a kompenzáció elérése után annak fenntartására, a mozgásterápia támogatása céljából.

Primer és szekunder varicositas oedemával, induratióval, dermatosisszal, ulcus crurisszal járó állapotokban műtéti előkészítés és utókezelés céljából.

Felületes thrombophlebitisben, elsősorban a végtag postthrombotikus vénás keringési zavara esetén.

Nodus haemorrhoidalis kezelésére, főleg gyulladt csomók esetén.

Különböző eredetű lágyrészvizenyővel járó állapotokban (contusio, distorsio után, posttraumás oedema, agyvizenyő stb.).

Különböző eredetű mikrocirkulációs zavarok esetén (pl. fagyás után).

Az arteriális rendszer sikeres rekonstrukciós műtéteit követő ún. revascularisatio oedema befolyásolására.

Primer és szekunder lymphoedema esetén.

Injekció: Általában akut phlebologiai elváltozások:

Thrombosis (mély és felületes thrombophlebitisek) adjuváns kezelésére, az oedema-készség, ill. meglevő oedema csökkentésére.

Nodus haemorrhoidalis kezelésére gyulladt csomók esetén.

ELLENJAVALLATOK: Jelenleg nem ismeretesek.

ADAGOLÁS:

Kapszula: Lökésterápia: 2×1 kapszula naponta (6–8 napig).

Fenntartó kezelés: 1 kapszula naponta (4–6 héten át, esetleg tovább is).

A kapszulát étkezés közben, rágás nélkül kell lenyelni.

A terapia eredményessége jelentősen függ a kielégítő dozírozástól (kórállapottól függően megállapított idejű, rendszeres adagolás).

Indokolt esetben a napi 600 mg-ot is túl lehet lépni (maximálisan $3 \times 1-2$ kapszula/die, 6–8 napig).

Injekció:

Másodnaponként 1 ampulla im. vagy iv., súlyosabb elváltozások esetén naponta is lehet alkalmazni.

A klinikai kép javulása esetén oralis (kapszula) fenntartó kezelésre térhetünk át.

MEGJEGYZÉS: Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető. Az orvos akkor rendelheti, ha azt a területileg, illetve szakmailag illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja.

CSOMAGOLÁS:

50 kapszula,

térítési díja: 31,80 Ft.

20 ampulla,

térítési díja: 35,40 Ft.

ELŐÁLLÍTÓ:

BIOGAL GYÓGYSZERGYÁR, DEBRECEN



ZYMA AG (Svájc) licencia alapján.

ENTEROSEPTOL

gyermekszirup

ÖSSZETÉTEL: 100 ml szirup 2,5 g clloquinolum
hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK:

Bacillaris
és amoebás
dysenteria,
enterocolitis,
erjedésses
és rothadásos
dyspepsia, nyári
hasmenések.

ELLENJAVALLATOK:

Máj- és veseelégtelenség, hyperthyreosis, jód-
allergia.

ADAGOLÁS:

2—12 hónapig	3-szor 2,5 ml naponta
1—6 évesig	3-szor 5 ml naponta
6 éves kortól	3-szor 10 ml naponta

étkezés után.

Az adagolás céljára a dobozban elhelyezett
adagolómérce szolgál.

MELLÉKHATÁSOK:

Émelygés, fejfájás, szédülés.

FIGYELMEZTETÉS:

Orvosi ellenőrzés nélkül legfeljebb 1 hétig,
orvosi ellenőrzés mellett legfeljebb 1 hónapig
szedhető megszakítás nélkül. Egy hónapot meg-
haladó folyamatos alkalmazás után peripheriás
neuropathia, myelopathia, atrophia nervi optici
léphet fel.

MEGJEGYZÉS:

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése
szerint (legfeljebb három alkalommal) ismétél-
hető.

CSOMAGOLÁS: 1 üveg (100 ml) 3,30 Ft.



Egyt

GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

FOMAREX

spray, külsőleges használatra

dermatologicum

A testfelületen kialakított szilikon film befedi és védi a bőrt a víz, a különböző testnedvek és anyagcseretermékek (veríték, genny, vizelet, széklet), valamint a külvilág szilárd és cseppfolyós halmazállapotú anyagainak kontakt irritatív és sensibilizáló hatásától.

Nem gátolja a bőr physiologiás functio-végzését. A sebekben és a bőrfelszínén fertőzést gátló hatása nincs, nem gátolja a baktériumok szaporodását. A molekuláris szilikon film lég- és vízpára-áteresztő képessége folytán a szilikon réteg alatt sem nedvességgangás, sem a bőr kiszáradása nem következik be.

ÖSSZETÉTEL: 1 palack (160 g) 12,0 g dimethylpolysiloxan., 74,0 g monofluortrichlormethan., 74,0 g difluordichlormethan.-ot tartalmaz.

JAVALLATOK: decubitus preventiója és kiegészítő kezelése; postthrombotikus syndroma, ulcus cruris kiegészítő kezelése; irritatív, kontakt dermatitis és ekzema prophylaxisa; folyékony és szilárd halmazállapotú munkahelyi irritáló és allergizáló anyagokkal szembeni védelem; genitalis és perianalis irritatio és pruritus; műtési seb és sipoly környéki védelme (kivéve a vékonybél-fistulákat), nedvező, gennyező terület környezetének védelme; hólyag-incontinencia, hólyagsipoly, colostomia környéki védelme, a gipszminta vételének megkönnyítése a fogorvosi gyakorlatban; csonkellátásban a gipszpólya alá fújva meggátolja a dermatitis kialakulását, csökkenti a viszketést, megkönnyíti a gipszlevételt. Speciális gyermekgyógyászati indikációja az ún. „pelenka-dermatitis” kezelése, illetve rendszeres használatával ennek megelőzése. Alkalmazása esetén kenőcs, olaj, hintőpor használata általában felesleges.

ELLENJAVALLAT: nyílt seb befúvása.

ADAGOLÁS: a védőkupak leemelése után a szórófej lenyomásakor a szelepnnyíláson keresztül a bevonó szilikon anyag a hajtógázkegellyel permet formájában távozik a palackból.

A palackot ajánlatos függőleges helyzetben, a befúvandó területtől 15—20 cm távolságban tartani.

Egy expositio időtartama általában 2—4 másodperc legyen és a kezelés általában napi 1—2 alkalommal történjék. A fokozott nedvességszervezésnek

kitett testfelületet naponta többször be kell fúvatni. Decubitus-prophylaxis céljára általában elegendő lehet a naponta kétszeri befúvatás.

A film a bőrrel gaze vagy vászon segítségével könnyen letörölhető, meleg vízzel, esetleg vizes-szappanos lemosással könnyen eltávolítható. A szilikon réteg nagyobb mechanikai behatásnak ne legyen kitéve. A bőrfelületet a film felvitele előtt meg kell tisztítani és szárazra kell törölni.

A steril aerosol véletlen belégzése nem ártalmas. Mint az aerosoloknál általában, a Fomarex használata során is vigyázni

kell arra, hogy a permet szembe ne kerüljön. A Fomarex spray nem tartalmaz chemotherapeuticumot, antibioticumot, desinficienset, ezért befúvás előtt — szükség esetén — gondoskodni kell az aseptikus ellátásról.

Az üres palackot tűzbe dobni, felnyitni nem szabad. A palack legfeljebb 30 °C hőmérsékletű helyen tárolható.

MEGJEGYZÉS: csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

TÉRÍTÉSI DÍJ: 1 palack 9,— Ft.

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST



Heim Pál Gyermekkorház,
Ideggyógyászati Osztály
Human Oltóanyagtermelő és Kutató Intézet

Diphedan kezelés mellett jelentkező átmeneti IgA csökkenés

Balogh Erzsébet dr., Mátyus Adorján dr.,
Németh Csilla dr.
és Szabadosné Németh Mária

Az epilepsia kezelésében 1938 óta használt hydantoinat (DPH) farmakológiájáról, a toxikus és metabolikus, valamint lymphoproliferatív (19) mellékhatásairól szóló irodalom ma már szinte áttekinthetetlen. Kitűnő antikonvulzív hatása mellett a hipnotikus hatás elmaradásával vívta ki elsőrendű antiepileptikum szerepét. Ezt a helyét a későbbi időszakban felfedezett szerekek szemben is megtartotta, mert más szerek sem mentesek mellékhatásoktól, kisebb terápiás érték mellett.

Tapasztalataink és mások (21) adatai alapján, csecsemő- és kisdedkorban gyakoribbak, nehezebben felismerhetők a mellékhatások, ezért néhány éve háromévesnél fiatalabb gyermeknek nem adjuk a DPH-t. Azok a szerzők, akik újszülötteknek, sőt koraszülötteknek is adták, azt mutatták ki, hogy újszülöttkorban a toxikus plazma szint kialakulása gyakori, később viszont a terápiás szint eléréséhez sem mindig elegendő még a 8 mg/kg/die adag sem. Bár műtéti anyagból vett minták vizsgálata szerint (15) a DPH tartalom nem a kisgyermekben a legmagasabb, leírtak toxikus cerebellaris degenerációt is (20), ami szintén a készítmény korai életkorban való alkalmazása ellen szól.

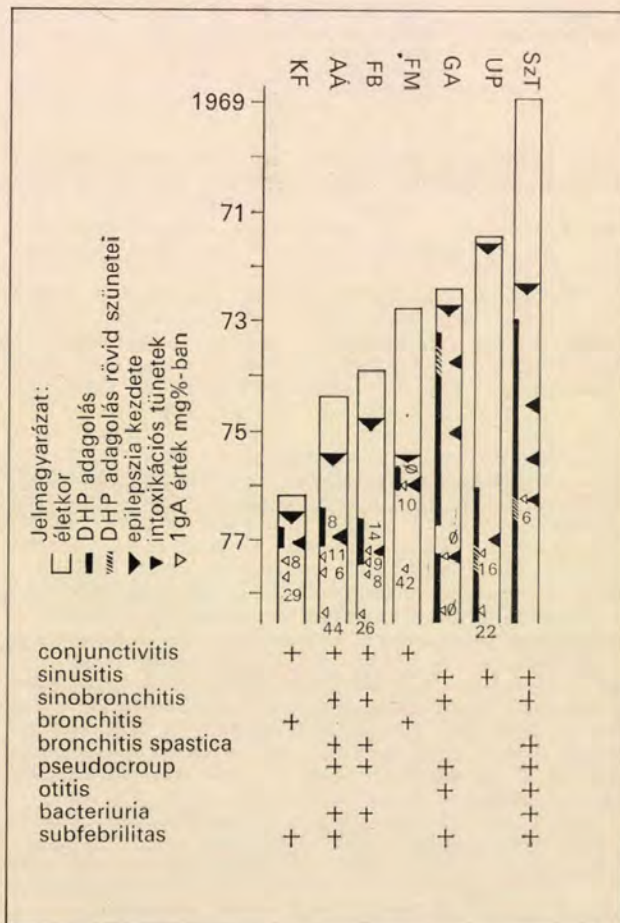
Osztályunk jelentős számú epilepsiás gyermekbetege között a DPH okozta mellékhatások nem kivételesek. Közülük való azon hét betegünk, akiken az egyszeri vagy ismételt intoxikációs tünetek (nyistagmus, hypotonia, törzs- és végtag-ataxia) mellett idült vagy visszatérő infekció is előfordult. A tüneteket vérszint vizsgálatokkal is ellenőrzött terápiás adagú (6 mg/kg/die maximális adag) Diphedan mellett tapasztaltuk. Az infekciók miatt végeztünk immunológiai vizsgálatokat, amelyek fontosságát Sorrell közlése óta ismerjük (17), aki DPH-val tartósan kezelt felnőttek egyötödében IgA szint csökkenést, egyharmadában a késői tí-

pusú immunválaszok elmaradását elsőként leírta. Sem ebben, sem a későbbi közleményekben nem találtunk adatot a DPH okozta intoxikáció idején infekcióval vagy anélkül előforduló IgA szint csökkenésről, hiányról. Ezért tartjuk betegeink adatait ismertetésre érdemesnek.

Eseteink ismertetése

A betegek jellemző adatait táblázatokba foglalva, együttesen ismertetjük. Mindannyiuknak hosszú, légzésvarráll járó és/vagy gyakori, igen korán kezdődő rohamai voltak (1. táblázat). Pozitív epilepsiás családi anamnézise volt F. B.-nak, akinek egy fiútestvére epilepsiás; K. F.-nek, akinek egy anyai nagybátyja terápiarezisztens epilepsiás volt és serdülőkorban, „epilepsiás rohamban halt meg”. Prae- és perinatalis károsító tényezők tételezhetők fel három esetben: Sz. T. spontán abortusz utáni protektíve kezelt terhességből, indított szüléssel, farfekvéssel született, élesztésre szorult; F. M. anyja spontán abortusz utáni terhesség első trimesonjában görcsök és vérzés miatt részesült protektív kezelésben, majd rohamos szüléssel hozta világra gyermekét; A. A. elhúzódozó szülésből született, 20 perces élesztésre szorult. Az epilepsiás rohamok jellege, indulása, az EEG eltérés és a jelenlegi állapot a táblázatból látható.

A betegek gyakori rohamai és öt esetben a többször kialakult status epilepticus, valamint az interictálisan sem kedvező prognosztikai jeleket tartalmazó EEG-ok számos gyógyszer egyidejű vagy egymás utáni alkalmazását tették és teszik szükségessé. A 2. táblázat szemlélteti a per os adott antikonvulzívumokat. A



A DPH alkalmazása és az IgA értékek összefüggése, viszonyuk az életkorhoz és az epilepszia indulásához. Az infekciók milyensége

1. táblázat. A betegek epilepsiájára vonatkozó adatok

A beteg adatai (név, nem, született)	Családi anamnesis	Prae-, perinatalis	GM	MA	PM	S	Status epilepticus	Életkor az epilepsziás rohamok indulásakor	EEG	Jelenlegi állapot
Sz. T. ♂ 69. 01. 26.	—	+	+	+			+	42 hó	kevert tip. activ conv. tevékenység	gyakori rohamok
U. P. ♂ 71. 07. 24.	—	—	+				+	3 hó	activ convulsiv tevékenység	rohammentes
G. A. ♀ 72. 06. 13.	—	—	+	+					conv. tevékenység	ritka rohamok
F. M. ♀ 73. 09. 20.	—	+	+	+				24 hó	biparietotemporalis activ convulsiv góc	szórványos absence
F. B. ♀ 73. 12. 13.	+	—	+	+			+	12 hó	bal temporalis activ convulsiv, góc sec. generalisatióval	gyakori rohamok
A. Á. ♀ 74. 06. 19.	—	+	+	+			+	13 hó	primaer majd secundaer generalisált és focalis activ convulsiv tev.	ritka rohamok
K. F. ♂ 76. 03. 06.	+	—					+	5 hó	secundaer generalisált activ convulsiv tev.	ritka rohamok

A rövidítések:
magyarázata: GM: grand mal
MA: myoclonusos absence
PM: absence
S : salaam roham

status epilepticus kezelésében rövidebb ideig használt parenteralis szereket nem tüntettük fel, de megjegyezzük, hogy a nagyon fiatal betegek epilepsziás rohamállapotaiban — a bevezetőben említett szempontok miatt — egyszer sem adtunk Epanutin (parenteralis DPH).

Betegeink észlelése során tűnt fel, hogy az infekciók halmozódása és a DPH-ra visszavezethető intoxikációs tünetek megjelenése gyakran egybeesik. Az erre vonatkozó adatokat az ábra tartalmazza. Ilyen egybeeséskor végzett Mancini-vizsgálatok derítették fel, hogy ezen időszakokban átmenetileg alacsonyabb, vagy nem mérhető az IgA szint. Ez a csökkenés a DPH adás folytatásával megmarad (U. P., G. A., F. B.), megszűnésével a szint javul vagy normalizálódik (F. M., F. B., A. Á., K. F.). A változás szempontjából nem értékelhetjük Sz. T.-t, akin a korábbi — fent jellemzett — egybeeséskor Mancinit végezni módunk nem volt, a legutóbb tapasztalt, igen alacsony IgA szint utáni időszakban megkísérelt DPH elvonást nem tűrte rohamhalmozódás nélkül, és ellenőrző vizsgálaton megjelenni nem tudott. Ugyancsak más a megítélése U. P.-nek, akin korán induló epilepsia (évenként, egyes esetekben relaxációra, kontrollált lélegeztetésre is szoruló rohamállapotok) kezelésében a DPH-t nem tudjuk mellőzni. IgA szintje a magyar standardhez képest csökkent. Nem volt mód a DPH tartós elhagyására G. A. esetében sem, a méréshatár szintje alá eső IgA ellenére. Infekciói az évek során ritkultak.

Az ábrán nem tüntettük fel a betegek még néhány, a megítélés szempontjából fontosabb adatát. Immundeficienciára utaló családi anamnesztikus adatuk nincsen. A humorális immunstatust illetően családvizsgálatokat végeztünk F. M., A. Á. és K. F. esetében (immunogramm, Mancini-, agar-elpho), kóros értékeket nem találtunk. Betegeink IgG, IgM és immunogram lelete nem volt kóros. Anti-IgA-ra is negatívnak bizonyultak. Salivaris IgA meghatározást végeztünk F. B.,

A. Á. és K. F.-en, értékeik a normális szint alsó határán voltak, azonban ezekre a vizsgálatokra minden esetben későbbi ellenőrzések alkalmával, a már javult IgA lelettel egyidejűleg került sor. Gingiva hypertrophiát betegeinkben nem észleltünk. Az abszolút lymphocytaszám egy esetben sem csökkent 2000 alá és a tbc forte tapaszra adott válasz szokványos volt.

Megbeszélés

A DPH adás mellett észlelt immuneltérések egységes értelmezése és az elméleti és gyakorlati következtetések levonása számos okból igen nehéz. Egyik ok, hogy a tanulmányok nagy része retrospektív, így más gyógyszerek és exogen noxa hatása is érvényesülhet a vizsgálati eredmények eltéréseiben. Az alapvető ok azonban az, hogy az epilepsia nem egységes kórkép: epilepsziák vannak. A másik alapvető ok — éppen munkánk tárgyában — az, hogy a szelektív IgA hiány — klinikai tünetekkel vagy anélkül — a leggyakoribb immundeficiencia. Így alakulhatnak nagyon eltérően a kisszámú beteget felölelő prospektív tanulmányok IgA szint csökkenésére vonatkozó adatai. Kezeletlen epilepsziásokban a normális IgA szinttől (2) a különböző nagyságrendben alacsonyabban át (7, 8, 14) az epilepsia IgA hiánnyal együttes családi halmozódásáig (6) találunk irodalmi adatot. Többé (6) vagy kevésbé (7, 14) meggyőző adatokkal taglalják a görchhajlam és IgA hiány együttes előfordulásának törvényszerűségeit. A kezelték és a nem kezelték között nem mutatkozik mindig különb-

ség (13). A szerzők nagy része a gyógyszeres kezeléssel hozza kapcsolatba a 20–33%-ban előforduló szintcsökkenést (1, 2, 3, 4, 8, 14, 16, 17). Illesztett kontrollal szemben ez az arány alacsonyabb, 17% (4) és előfordul IgA szint emelkedés is (14) 11%-ban (4). Más szerzők nemcsak DPH, hanem carbamazepin és primidon adása során észleltek csökkenést (16, 18). Anti-IgA antitestek megjelenését is kimutatták DPH (8) és carbamazepin (18) szedés mellett.

Az IgA hiány és epilepsia együttes előfordulásának vitájában nem vehetünk részt. Nagyobb számú kezeletlen beteg rendszeres vizsgálatát elvégezni nem volt módunk. Ismertetett betegeink immunstátusának vizsgálatára állapotuk miatt került sor. Fennáll annak a valószínűsége, hogy G. A. esetében veleszületett IgA hiány és epilepsia együttes előfordulásáról van szó. Ezért is törekedtünk az anti-IgA antitest vizsgálatok elvégzésére, amely betegeinkben nem volt kimutatható. Azon gyermekek esetében (F. M., F. B., A. Á., K. F.), akinek kezelésében a DPH-t nélkülözhattük, elmúltak a terápiás adag mellett jelentkező intoxikációs jelek, jelentősen növekedett — nemcsak a közben előrehaladó életkorral arányosan — az IgA szint és megritkultak vagy eltűntek a recidiváló gyulladás-

sos betegségek. Mindegyikük kezelésében alkalmaztunk azonban Sertant, az IgA szint ennek ellenére javult. Így szemben több szerző nézetével (2, 11, 16), a Sertan IgA csökkentő hatását nem tapasztaltuk. Más a helyzet a carbamazepinnel. F. M. és A. Á. esetében megkíséreltünk — Diphedan helyett — Stazepine-t adni, de pár napon belül ataxia és psychés mellékhatások jelentkeztek, így a gyermekek kezeléséből, az esetleges IgA változás bevárása nélkül, azonnal kihagytuk. [Aarli szerint (3) 2–3 hónap alatt alakul ki a szintváltozás, ami akkor marad tartós, ha a beteg folyamatosan kapja a gyógyszert.]

Nem az IgA szint legmélyebb csökkenésekor, hanem később vizsgáltuk három betegen a nyál-mintát, szekretoros IgA csökkenést nem tapasztaltunk. Betegeinkben egyébként nem volt gingiva hypertrophia. Ennek megjelenését újabban a nyál IgA prospektív hatásának elmaradásával magyarázzák (1, 3).

A celluláris immunitás is károsodhat antikonvulzív kezelés során. Infekcióval vagy anélkül mutatókozó lymphocytaszám-csökkenést másokkal szemben (5) nem tapasztaltunk. Azonban DPH hatásra normális lymphocytaszám mellett a terminális funkció szenvedhet (14), erre alapozzák az

2. táblázat. A betegek gyógyszerelése az IgA meghatározás

	előtt							óta							jelenleg						
	Sz. T.	U. P.	G. A.	F. M.	F. B.	A. Á.	K. F.	Sz. T.	U. P.	G. A.	F. M.	F. B.	A. Á.	K. F.	Sz. T.	U. P.	G. A.	F. M.	F. B.	A. Á.	K. F.
ACTH	+			+																	
amphetamin (Centedrin)		+					+														
carbamazepine (Tegretol, Stazepine)	+			+			+					+	+	+						+	
clonazepam (Rivotril, Anteplepsin)								+		+		+	+	+							+
hydantoin (Diphedan, Sacerno)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+					+	+	+				
Na-valproát (Depakine, Depamide, Ergenyl)	+	+	+							+				+			+			+	+
nitrazepam (Eunocin)	+			+	+		+	+	+	+			+								
phenobarbital (Sevenaletta, Sevenal)	+	+	+		+		+		+												
primidone (Sertan)	+		+		+	+	+	+		+	+	+	+	+	+			+	+	+	+
succinimid (Zarontin, Suxilep)	+		+		+			+		+	+	+	+		+			+	+	+	
sulthiam (Ospolot)	+	+	+			+			+	+	+	+	+		+				+		

Megjegyzés: a betegek névjegye alatti keresztek az IgA meghatározás előtt és óta feliratú oszlopokban a megnevezett időszakokban alkalmazott gyógyszerek összességét mutatják, amelyeknek egyidejűleg azonban csak 2–3 tagú csoportját adtuk. A jelenleg feliratú oszlopban a megjelöltek mindegyikét kapják a betegek.

antikonvulzívumok immunszuppresszív hatásmechanizmusát (14, 19). DPH szedőkben csökken a lymphocyták phytohaemagglutininre adott válasza (12). A humorális immunanyagok mennyiségének csökkenése mellett a celluláris immunválasz valamelyik típusú zavarát magas arányban (17), IgA hiány melletti súlyos celluláris zavart (10) és humorális eltérések nélküli — minden fontosabb antikonvulzívum adására bekövetkező — súlyos celluláris immunválasz eltéréseket írtak le (11).

Betegeink celluláris immunhelyzetének jellemzésére vizsgálati adataink nem elegendőek, mivel in vitro vizsgálatokat csak két betegen volt módunk végezni, de ezek a vizsgálatok sem az IgA szintcsökkenés legmélyebb pontján történtek, hanem jóval később.

Összefoglalás. A szerzők hét betegen észlelték Diphedan intoxikáció jeleit infekció halmozódással együttjáró IgA szint csökkenéssel egyidejűleg. Ismertetik a betegek klinikai, EEG és laboratóriumi adatait, illusztrálják a Diphedan szedés mellett kialakult IgA szint változásoknak az életkorral, és az epilepsia indulásával való összefüggését. Megállapítják, hogy azon négy betegen, akiknek Diphedan kezelése megszüntethető volt, a gyulladásos betegségek elmaradtak vagy meggyógyultak, az IgA szint csökkenés megszűnt. Új megfigyelésként hívják fel a figyelmet a terápiás adagú gyógyszer mellett kialakuló intoxikáció és a

már ismert IgA szint csökkenéssel járó infekció halmozódás, mint többszörös mellékhatás egyidejű megjelenésének lehetőségére. A jelenséget a betegek alacsony életkorával magyarázzák. A Diphedan értékes antikonvulzívum, azonban a nagyon alacsony életkorúak kizárása a kezeléssel számos, irodalomból is ismert érv alapján indokolt. Megfigyeléseik közzétételével ezt kívánják megerősíteni.

IRODALOM: 1. Aarli, J. A., Tönder, O.: Scand. J. Immunol. 1975, 4, 391. — 2. Aarli, J. A.: Arch. Neurol. 1976, 33, 296. — 3. Aarli, J. A.: Epilepsia. 1976, 17, 283. — 4. Anderson, P., Mosekilde, L.: Acta Med. Scand. 1977, 201, 69. — 5. Brandt, L., Nilsson, P. C.: Lancet. 1976, 1, 308. — 6. Fontana, A., Grob, P. J., Sauter, R.: J. Neurol. 1978, 217, 207. — 7. Grob, P. J., Harold, G. E.: Brit. Med. J. 1972, 2, 2561. — 8. Kanoh, T., Uchino, H.: Lancet. 1976, 2, 860. — 9. Loughnan, P. M. és mtsai: Arch. Dis. Childh. 1977, 52, 302. — 10. Masi, M. és mtsai: Lancet. 1976, 1, 860. — 11. Massimo, L. és mtsai: Lancet. 1976, 1, 860. — 12. MacKinney, A. A., Booker, H. E.: Intern. Med. 1972, 129, 988. — 13. Móra, F. és mtsai: Clin. Chim. Acta. 1977, 80, 55. — 14. Seager, J. és mtsai: Lancet. 1975, 2, 632. — 15. Sherwin, A. L., Sokolowski, C. D.: in Pharmacology of antiepileptic drugs (Edit.: Schneider, H. és mtsai) Springer, 1975. — 16. Slavin, B. N. és mtsai: J. Neurol. Sci. 1974, 23, 353. — 17. Sorrell, T. C. és mtsai: Lancet. 1971, 2, 1223. — 18. Takigawa, M. és mtsai: Arch. Dermatol. 1976, 112, 845. — 19. Szegedi Gy.: Orv. Hetil. 1971, 112, 2637. — 20. Valsamis, M. P., Mancall, E. M.: Human Pathology. 1973, 4, 513. — 21. Yaffe, S. J., Juchan, M. R.: Ann. Rev. Pharmac. 1974, 14, 219.

FISONS VEZET AZ ALLERGIA KUTATÁSBAN ...

A Magyar Allergológiai és Klinikai Immunológiai Társaság 10. vándorgyűlése alkalmából Kékestetőn a FISONS Ltd, Loughborough, England kiállításon mutatja be az allergia, illetve a reversibilis, obstrukciós légúti megbetegedések területén folytatott kutatásainak legújabb eredményeit. Fisons magyar nyelvű irodalommal dokumentálja a helyes Intal terapia tudományos hátterét és annak klinikai előnyeit.

**INTAL A MINDEN EDDIGTŐL ELTÉRŐ KONCEPCIÓ
AZ ASTHMA THERAPIÁBAN**

Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
Tüdőgyógyászati Klinika
(igazgató: Miskovits Gusztáv dr.)

A dinátrium-chromoglykát* hatása terhelés kiváltotta hörgőgörcsben

Nagy Lajos dr., Vastag Endre dr.
és Magyar Pál dr.

Terhelésre az asthma bronchialeban szenvedő betegek jelentős részében hörgőgörcs lép fel. Különböző terhelési formák — a futás, taposómalom, kerékpár-ergométer és úszás — nem egyenlő mértékben váltanak ki hörgőgörcsöt (4).

A dinátrium-chromoglykát (DNCG) gátolja a primer anafilaktikus mediátorok (histamin, eozinofil kemotaktikus faktor, lassan ható anafilaxiás anyag, trombocita aggregáló faktor) hízósejtből történő kiszabadulását (3), és a ciklikus adenosin monofoszfátot bontó foszfodiesteráza működését (1).

A DNCG klinikai alkalmazásával szerzett tapasztalatokról (8), valamint a nem specifikus stimulusokkal szembeni védő hatásáról (9) már beszámoltunk.

Vizsgálatunk célja a DNCG terhelés okozta hörgőgörcsrel kapcsolatos hatásának tanulmányozása volt.

Módszer

Vizsgálatainkat 10 asthma bronchialeban szenvedő személyen (életkor: 24 ± 4) végeztük, azonos időben és azonos körülmények között. Ezt 48 órával megelőzően a betegek semmilyen gyógyszert sem szedtek. A terheléshez (6 percen át 1,5 watt/tskg) kerékpár-ergométert használtunk. A légzésfunkciós paramétereket térfogatstabil test-plethysmograph-fal (fa: Jaeger, Würzburg) mértük. A terhelés 3. percében erőltetett kilégzés során az áramlás-térfogat görbét (MEFV) regisztráltuk, majd a terhelés befejezésekor (6. perc) és azt követően 3 percenként (9., 12., 15. perc) a MEFV görbén túl mértük a totális légúti áramlási ellenállást ($R = \text{resistance}$; $H_2Ocm \cdot l^{-1}$) és a funkcionális residuális kapacitást (IGV; ml). E két

* Intal, Fisons

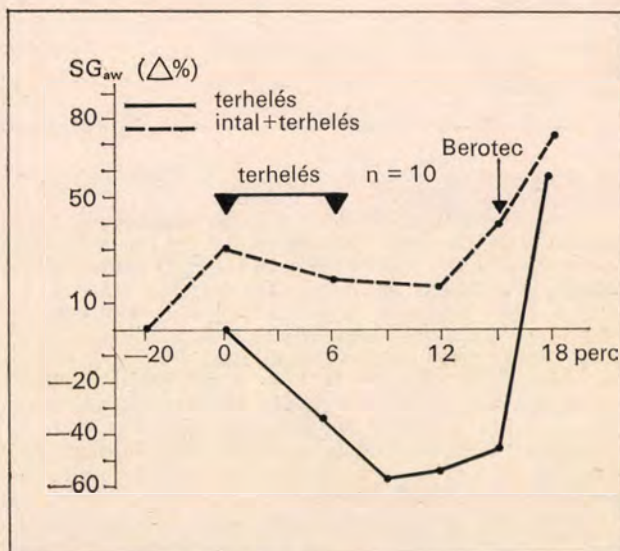
Az Egészségügyi Minisztérium 3. 35. ol. számú kutatási főirányhoz kiemelt szintre elfogadott kutatási témában végzett kutató munka alapján.

adat ismeretében meghatároztuk a specifikus légúti vezetőképességet (SG_{aw} ; $R^{-1} \cdot IGV^{-1}$) és eredményeink értékelésekor ezt az adatot használtuk.

Két capsula — 40 mg — DNCG-t alkalmaztunk 20 perccel a terhelést megelőzően. A vizsgálat 15. percében béta-adrenerg anyagot (Berotec[®]; 0,4 mg) (10) alkalmaztunk dosier-aerosolban, majd 3 perc múlva (18. perc) a méréseket megismételtük.

A test-plethysmographia elvi és gyakorlati vonatkozásait, valamint a MEFV görbék diagnosztikus értékét illetően korábbi hazai közleményekre utalunk (5, 7).

Az eredmények értékeléséhez Student-féle „t” próbát használtunk.

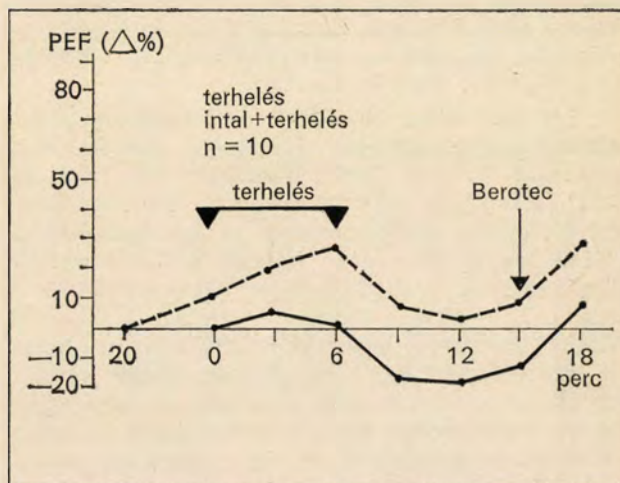


1. ábra.

Eredmények

A kiindulási értékek között a vizsgált paraméterek egyikénél sem volt szignifikáns különbség.

Specifikus légúti vezetőképesség: a gyógyszer nélküli terhelés 6., 9. percében a specifikus légúti vezetőképesség szignifikánsan csökkent ($p < 0,05$). A kiindulási érték százalékában kifejezve a csökkenés a 6. percen 37, a 9. percen 49 százalékos. A DNCG-vel történt előkezelés után a kiindulási értékhez viszonyítva a 6. percen 19%-kal nőtt, a 9. percen csak 11%-kal csökkent. A DNCG védő hatása az egész megfigyelt időperiódusban szignifikáns ($p < 0,05$). A vizs-



2. ábra.

A specifikus légúti vezetőképesség, és csúcsáramlási értékek, a vitálkapacitás 25%-ánál mért erőltetett kilégzési áramlási értékek százalékos változása és szórása 40 mg DNCG alkalmazása után

n = 10	Kiindulási érték	% terhelés (1,5 Watt/tkg. 6 percen át) alatt ill. után		
		3 perc	6 perc	15 perc
SGaw	\bar{x}	0,1±0,05	—	—37±35
terhelés SGaw	\bar{x}	—	—	—40±25
Intal+terhelés	\bar{x}	0,09±0,04	—	19±54
PEF	\bar{x}	—	—	38±111
terhelés PEF	\bar{x}	5,8±0,7	5,7±7,4	0,5±13,5
Intal+terhelés	\bar{x}	5,2±1,4	22,7±27,1	25,3±24,7
MEF ₂₅	\bar{x}	—	—	9,9±13,9
terhelés MEF ₂₅	\bar{x}	0,9±0,2	22,3±17,1	15,4±26,3
Intal+terhelés	\bar{x}	0,8±0,1	10,5±23	48,9±24,4
				13,4±23

gált esetek közül kettőben 100%-os, 8 esetben részleges védőhatást észleltünk (1. ábra).

Csúcsáramlás (PEF; l/s): a gyógyszer nélküli terheléskor a 3. percben mért érték 5,7 (± 7,4) százalékos — a 9. percben a PEF értéke 16,3 (± 11) százalékkal csökken. A DNCG előzetes alkalmazása után a 3. percben mért áramlási érték 22,7 (± 27,1) százalékos, a gyógyszer nélküli terhelés azonos időpontjához viszonyítva ezen érték szignifikánsan nagyobb. A 6. percben mért érték 25,3 (± 24,7) — a gyógyszer nélküli terheléshez képest ez a változás is szignifikáns ($p < 0,05$) —, tehát a DNCG rendelkezett védő hatással. A 9. percben mért értékek is a DNCG védő hatását támasztják alá. A 12. és a 15. percben a hatás szignifikanciája ($p < 0,01$) (2. ábra).

Erőltetett kilégzési áramlási érték a vitálkapacitás 25%-ában (MEF₂₅; l/s): az áramlási érték változása a 3. és 6. percben egyaránt megfigyelhető. A 3. percben 22,3 (± 17,1) százalékos, tehát a kiindulási értékhez viszonyítva növekedett. A DNCG alkalmazása után a 3. és 6. percben megfigyelt áramlási érték növekedése szignifikánsan nagyobb ($p < 0,05$), mint a gyógyszer alkalmazása nélkül mért érték. A DNCG védő hatása a MEF₂₅ érték figyelembevételkor is megfigyelhető (3. ábra).

A fenti eredményeket külön táblázatban — átlagértékek, szórás — is bemutatjuk. A 15. percben alkalmazott Berotec^R mindhárom regisztrált paraméter esetében további javulást eredményezett.

Megbeszélés

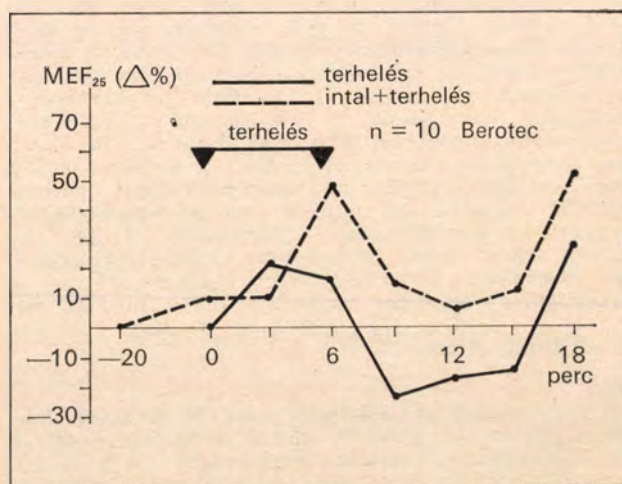
A terheléssel kiváltott asthma bronchiale farmakológiájának tanulmányozását többek között két tényező teszi fontossá. Egyrészt terápiás következtetésekkel jár, másrészt adatokat szolgáltat az asthma bronchiale patofiziológiájáról.

Számos szerző különféle légzésfunkciós paraméterek regisztrálásával vizsgálta a DNCG hatékonyságát terhelés okozta hörgőgörcsben. Patel és mtsai (11) az első másodpercre eső erőltetett kilégzési térfogatot (FEV₁) mérték és így igazolták a DNCG szignifikáns védő hatását terhelés okozta hörgőgörcsben. Wallace és Grieco (14) a FEV₁ és a maximális középkelégzési áramlási sebesség (MMEF) mérésével igazolták a DNCG pozitív hatását terhelésre fellépő hörgőgörcsben. Saját vizsgálataink az idézett szerzők eredményeit támasztják alá. A protektivitás mértéke mindhárom paraméter esetében megfigyelhető, de a specifikus légúti vezetőképesség esetében a legszembeötlőbb. Sly (13) 14 vizsgált esetből 10 esetben talált védő ha-

tást. Az általunk észlelt nagyobb protektivitás azzal hozható összefüggésbe, hogy mi nem 20, hanem 40 mg DNCG inhalációja után végeztük vizsgálatunkat. Vizsgálataink szerint a 3. perc áramlási értékei a kiindulási értékekhez viszonyítva javultak. Ez a jelenség a terhelés alatt fellépő megnövekedett szimpatikus tevékenység következménye. Az áramlási értékek ilyen értelmű átmeneti javulása abban az esetben, ha a terhelés előtt DNCG-t alkalmaztunk, kifejezettebb volt, ez — véleményünk szerint — azzal hozható összefüggésbe, hogy a DNCG nagy valószínűsége növeli az endogén szimpatomimetikus anyagok iránti érzékenységet.

A 15. percben alkalmazott Berotec^R a regisztrált paraméterek mindegyikében további javulást okozott, a direkt-simaizom-sejt támadáspontja révén.

Betegeink egyetlen mellékhatásról tesznek említést, mely átmeneti hörgőgörcsben, köhögésben nyilvánult meg. Irodalmi adatok utalnak tüdő manifesztációjú mellékhatásokra: leírnak pulmonális granulomatosis (2), eozinofiliával járó tüdőinfilt-rátumot (6). Sheffer és mtsai (12) 6 esetről számolnak be, ezek közül háromban azonnali típusú túlérzékenység lépett fel urticaria, angiooedema formájában, egy esetben életveszélyes anafilaxiával.



3. ábra.

A további három esetben lassú kezdettel polymyositis, myocardiopathia lépett fel pulmonális infiltrátummal polymorph bőr-erupciókkal és lázzal.

Összefoglalás. A szerzők a dinátrium-chromoglykát hatását tanulmányozták terhelés okozta hörgőgörcsben. Megállapítják, hogy a dinátrium-chromoglykát jelentős védő hatással rendelkezik az asthma bronchiale ezen formájában. Részletesen analizálják a dinátrium-chromoglykát különböző légzésfunkciós paraméterekre gyakorolt hatását. Eredményeik taglalása során áttekintik a kérdés irodalmát. Felhívják a figyelmet a dinátrium-chromoglykát terhelés kiváltotta hörgőgörcsben kifejtett jelentős terápiás hatására.

IRODALOM: 1. Ashim, C. R., Warren, B. T.: Biochem. Pharmacol. 1974, 23, 1974. — 2. Burger, L. W., Kass, J., Schenken, J. R.: Chest. 1974, 66, 83. — 3. Cox, J. S. G.: Brit. J. Dis. of the Chest. 1971, 65, 189. — 4. Goodfrey, J.: J. Allergy clin. Immunol. 1972, 52, 199. — 5. Hutás I., Kósa Gy.: Orv. Hetil. 1969, 110, 343. — 6. Löbel, H., Machtey, J., Eldror, M. Y.: Lancet. 1972, 2, 1032. — 7. Miskovits G., Vastag E., Kelemen S.: Orv. Hetil. 1971, 112, 905. — 8. Nagy L., Magyar P., Radó J.: Magy. Belorv. Arch. 1977, 30, 289. — 9. Nagy L., Magyar P., Orosz M.: Pneumonol. Hung. 1977, 30, 566. — 10. Nagy L., Vastag E.: Magy. Belorv. Arch. 1975, 28, 326. — 11. Patel, K. R., Kerr, K. W.: J. Allergy clin. Immunol. 1976, 57, 285. — 12. Sheffer, A., Rocklin, E., Goetzl, E.: New Engl. J. Med. 1975, 293, 1220. — 13. Sly, R. N.: Ann. Allergy. 1971, 29, 362. — 14. Wallace, D., Grieco, M. H.: Ann. Allergy. 1976, 37, 153.

OXYBION por szirup készítéséhez

Antibioticum

ÖSSZETÉTEL: 1 üveg (16 g por) 5 000 000 NE Phenoxymethylpenicillin-Dibenzylaethylen-diaminum-ot tartalmaz.

JAVALLATOK: Penicillin terápia. Az összes penicillinérzékeny kórokozó (Streptococcus, Gonococcus, Pneumococcus, Staphylococcus stb.) által előidézett fertőzés kezelésére vagy megelőzésére; elsősorban tonsillitis follicularis gyógyítására. Előnyösen befolyásolhatók az enyhe és középsúlyos felső légúti infekciók, továbbá tonsillitis, pharyngitis, bronchitis, otitis, valamint pneumóniák egy része. Alkalmas penicillin-érzékeny infekciókra hajlamosító — elsősorban Streptococcus okozta (pl. scarlat) — megbetegedések kivédésére is.

ELLENJAVALLATOK: A beteg penicillin-allergiája és a kórokozók penicillin-rezistenciája. Túlérzékenységre utaló jelek esetében nem szabad alkalmazni.

ADAGOLÁS: Az üveget nyakig feltöltjük csapvízzel (ivóvízzel, csecsemők esetében forralt, de lehűtött ivóvízzel), néhányszor erősen összerázzuk, míg egyenletesen sima szirupot kapunk. Egy adagolókanál 250 000 NE penicillint tartalmaz.

Terápiás adagok:

csecsemőknek: 3×1 adagolókanállal naponta
1–3 éves gyermekeknek: 4×1 adagolókanállal naponta
3–6 éves gyermekeknek: 3×2 adagolókanállal naponta
6–12 éves gyermekeknek: 4×2 adagolókanállal naponta

A kezelés időtartama általában 5–7 nap.

Megelőzés céljára kisgyermekeknek napi 1–2 kanál,
3–6 éves korú gyermekeknek 3×2 kanál.

MELLÉKHATÁS: A kezelés során elvétele a széklet lazulása észlelhető, ez azonban a gyógyszeradagolás befejezésével megszűnik.

FIGYELMEZTETÉS: Az üveg tartalmát minden használat előtt fel kell rázni. Az elkészített szirupot hűvös helyen kell tárolni, 10 napon túl felhasználni nem szabad.

MEGJEGYZÉS: ✱ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

TÉRITÉSI DIJ: 16 gr 6,- Ft



Előállítja:

BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen



POTEPSEPT®

potenciált hatású sulfonamid

tabletta

HATÁS

A két antibakteriális hatású komponenst tartalmazó gyógyszer a baktériumok folsav-szintézisét gátolja. A Superseptyl a p-aminobenzoesav-dihydrofolsav, a trimethoprim a dihydrofolsav-tetrahydrofolsav fázisban gátolja a folsav-szintézist. E kettős ferment-blokád útján ható kombináció a Gram negatív és Gram pozitív baktériumok jelentős részének növekedését egyaránt gátolja. A baktericid hatás többszörösre fokozódik, rezisztens baktérium-populáció ki-
fejlődése igen lassú. Az epében magas koncentráció alakul ki, a vizelettel nagyrészt aktív formában ürül.

ÖSSZETÉTEL

Trimethoprimum	0,08 g
Sulfadimidinum	0,40 g

tablettánként.

JAVALLAT

Légúti fertőzések (tonsillitisek, bronchitis chr., pneumoniák etc.).
Húgyúti fertőzések (acut és chronikus pyelonephritis, cystitis, chronikus pyuriák).
Shigellosis. Cholera.
Typhus abdominalis.
Salmonellosis gastroenteritica.
Reconvalescentiában Salmonella- és Shigella-ürítés.
Ty. baktériumgazdaság, főként már cholecystectomyzált bg.-nál.
Brucellosis. Gonorrhoea.

ELLENJAVALLAT

Máj- és veselégtelenség, vér-dyscrasia, sulfonamid-túlér-
zékenység, valamint terhesség.
Csecsemőknek 1 hónapos korig nem adható.

ADAGOLÁS

A készítményt acut infectio esetén legalább 5 napon át
kell adni, általában pedig legalább 2 napi tünetmentes-
ség eléréséig.

ÁLTALANOS ADAGOLÁSI TÁJÉKOZTATÓ FELNOTTEKNEK

Terápiás adag 2×2 tabl./die (reggel és este étkezés után).
Fenntartó adag 2×1 tabl./die (reggel és este étkezés után).
Maximális adag 2×3 tabl./die (reggel és este étkezés
után).

GYERMEKEKNEK

2-6 éves korban $2 \times \frac{1}{4} - \frac{1}{2}$ tableta,
6-12 éves korban $2 \times \frac{1}{2} - 1$ tableta étkezés után.
Akut infekció esetén a fenti gyermekadagok rövid ideig
(5-6 napig) tartó kezelés során a napi 6 mg trimetho-
prim + 30 mg Superseptyl testsúlykilogrammonkénti ada-
gig emelhetők, napi 2 egyenlő részre elosztva.
Gyermekeknek 6 éves kor alatt a gyógyszer adagolása
megfontolandó.

MELLÉKHATÁSOK

Rossz közérzet, fejfájás, gyomorpanaszok, gyógyszer-exan-
thema. Ritkán múló jellegű vérképzőrendszeri károsodás



észlelhető (leukopenia, thrombocytaszám- és folsavszint-
csökkenés). Ezek az elváltozások folsav adására gyorsan
rendeződnek.

A mellékhatások főként tartós (3-8 hetes) kezeléskor ész-
lelhetők, és emiatt ilyenkor teljes vérképkontrollok szüksé-
gesek (thrombocytaszám kontrollok is!).

FIGYELMEZTETÉS

A kezelés ideje alatt megfelelő mennyiségű folyadékbevi-
telről kell gondoskodni. Ha a kezelés alatt exanthema ke-
letkezik, a gyógyszer szedését abba kell hagyni.

Megjegyzés: ✖✖ Csak vényre adható ki és az orvos ren-
delkezése szerint ismételtető (legfeljebb három alkalommal).

Csomagolás: 20 db tableta

Térítési díj: 9,20 Ft

**ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR,
TISZAVASVÁRI**

A Magyar Néphadsereg Egészségügyi Szolgálat

A betegek előkészítése beöntéses és kiválasztásos röntgenvizsgálatokra

Soós József dr., Nagy Gábor dr.
és Angyal Pál dr.

A beöntéses vizsgálatok értékelhetőségének egyik feltétele a betegek jó előkészítése. Mivel a beöntéses vizsgálatoknál a vastagbél tisztasága a követelmény, az előkészítésnek is a vastagbél kitisztítására kell törekednie. Ez a kedvező helyzet pedig rövid időre (30–40 percre) a betegek különösebb megterhelése és étkezési korlátozása nélkül is elérhető.

Az előkészítésnek számtalan módja ismert. Az elterjedt és ma is követett eljárás az étrendi megszorítás, a ricinusolaj alkalmazása és a beöntések nagy száma. Eltérőek és szerteágazóak azonban a vélemények az étrend szigorúságában, a beöntések számában és időpontjában.

Új irányt hozott az előkészítésben a vastagbélre közvetlenül ható gyógyszerek alkalmazása.

Scott (5) a beöntőfolyadékba dihydroxyphenilistint ajánl. 3 g-ot old fel 1 liter vízben és az egész mennyiséget lassan adja be.

Poppel és mtsai (3) a piridil-metán származékból, a Bisacodylból adnak 10–15 mg-ot per os a vizsgálatot megelőző este, másnap reggel pedig 10 mg-ot kúpban.

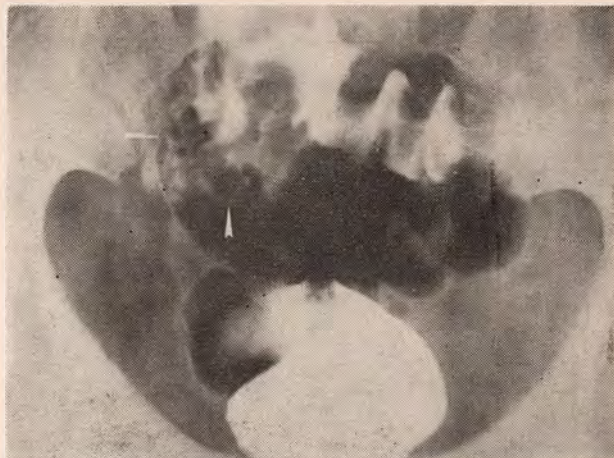
Welin (9) is a piridil-metánt választotta, amely Clysodrast néven került forgalomba. A szert a hozzáadott tannin tartalma miatt ki kellett vonni a forgalomból. 1970-ben megjelent közleményükben mutatják be új készítményüket, a Klyxray-t (11), melynek hatóanyaga a szintén kontakt hatáson alapuló cascara sagrada nevű glikozid komplex.

A hazai irodalom (1, 7, 8) lényegében a hagyományos előkészítési módszereket említi. Haladásról Szabolcsi (6) közleménye tesz tanúságot, aki a vizsgálat előtti beöntést a röntgenosztályon végzi.

Az előkészítési módszerek nagy része már alapjaiban ott dől meg, hogy azokat teljes egészükben a klinikai osztályokon hajtják végre, ahol általában megfelelő helyiség sem áll rendelkezésre és az ellenőrzés sem áll a kívánt fokon. Az irodalom adatai és saját tapasztalataink is azt a gondolatot éltették meg bennünk, hogy a vizsgálatokra való előkészítésből a röntgenosztályoknak is ki kell venni a részüket.

Saját módszer

A klinikai osztályokkal egyetértésben új előkészítési módszert dolgoztunk ki és vezettünk be. Lényege, hogy az előkészítés kétszakaszos, az első szakasz a klinikai osztályon kezdődik, a második szakasz a röntgenosztályon folytatódik és fejeződik be.



Sigma polyposis

Az előkészítés hatóanyagának a piridil-metán (2) származékot, a Chinoín által forgalmazott Videxet használjuk. A szer per os és per rectum egyaránt alkalmazható. Per os adva 8–10 óra múlva, per rectum a beöntőfolyadékba por alakban elkeverve már 15–20 percen belül hat. Hatását a vastagbél nyálkahártyájával való közvetlen érintkezéssel fejt ki. Nem toxikus, adásának az akut has kivételével kontraindikációja nincsen.

Az osztályon történő előkészítés — az első szakasz — mind a beöntéses, mind a kiválasztásos vizsgálatoknál azonos.

A vizsgálat előtti napon:

- étrendi korlátozásokat nem alkalmazunk,
- ebéd után 20 mg Videxet adunk per os,
- vacsora után 10 mg Videx per os és egy glicerines végbélkúp a sorrend.

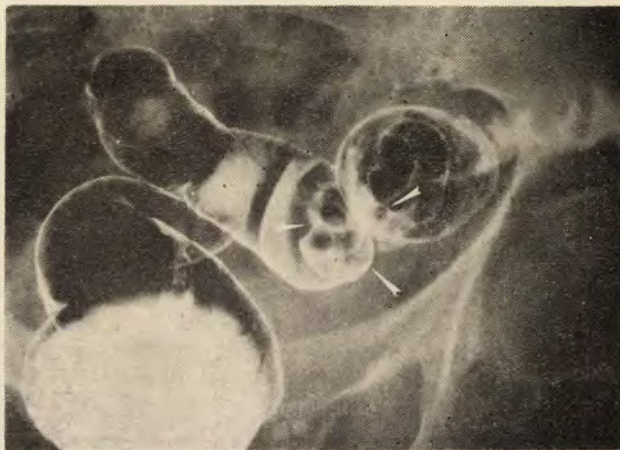
A vizsgálat reggelén:

- az előkészítést 1 glicerines végbélkúp felhelyezésével folytatjuk;
- a beöntéses vizsgálatra várók reggelizhetnek, a kiválasztásos és érfeltöltéses vizsgálatra várók éhomyra maradnak.

Az előkészítés második szakasza a röntgenosztályon folytatódik.

A vizsgálat előtt:

- a betegnek 1 mg Atropint adunk per os (kór-előzmény — glaucoma),
- ezután fél óra múlva végezzük el a tisztító beöntést 2 liter vízben elkevert 10 mg porrá tört Videxszel.



Sigma-descendens határ polyposisa



Borsónyi polyp a colon descendensben

A beöntőfolyadékot lassan, 6–10 perc alatt csurgatjuk be. A beteg közben erőbeni állapotától függően fordul jobbra és balra. Ezt a műveletet a beöntés után is gyakorolja mindaddig, míg úgy érzi, hogy a székelési ingernek nem tud tovább ellenállni. A székürítés általában szakaszosan történik. Időt kell hagyni a széklet teljes kiürítésére és még csak kísérletet sem szabad tenni az aktus siettetésére. Székürítés után a vastagbél 30–40 percig tiszta és ez az idő bőven elég arra, hogy a kettőskontrasztos vizsgálatot nyugodt körülmények között elvégezzük.

Feldolgoztuk 512 beteg esetében az előkészítésünk első szakaszának eredményességét. A betegek 86%-ában a székletek száma a 4–6-ot nem haladta meg és ez részükre nem jelentett megterhelést, 10-nél több széklet 3%-ban fordult elő és még az ilyen erőteljesnek vélt kontakt laxans mellett is akadt 7 beteg (1,3 százalék), akiken az előkészítés nem járt eredménnyel. A szélsőséges esetek körét beszűkíthetjük a kórelőzmény ismeretében (a beteg székrekedéses, rendszeresen szed hashajtót, hasmenéses, soha nem szedett hashajtót).

A székletürítések időpontja 83%-ban az esti és a reggeli órákra esett és csak a betegek 17%-ának kellett az éjszakai órákban egy vagy két alkalommal felkelni.

Megvizsgáltuk 131 beöntés vizsgálatnál a két-szakaszos előkészítés határfokát. Azt találtuk, hogy 91%-ban teljesen tiszta vastagbél mellett tudtuk elvégezni a beöntés vizsgálatot, bélsárrögök a vastagbél különböző helyein csak kevés betegben voltak.

A kiválasztásos vizsgálatokra való előkészítés hatékonyságának bizonyítására közöljük 381 urographia adatát. Úgy látjuk, hogy az előzőekben már leírt előkészítésünk első szakasza önmagában is tökéletesen elégséges, beöntésekre szükség nincsen.

A 381 beteg elvégzett urographia 352 esetben jól értékelhető urogrammot szolgáltatott, ami közel 93%-os eredménynek felel meg.

Csökkent értékű urogramm 7%-ban volt, amit az esetek felében rétegfelvétellel kellett kiegészíteni.

A jól értékelhető urogrammot az előkészítésen túl természetesen meghatározza még a sok faktoron kívül a beadott kontrasztanyag mennyisége is.

A hasi angiographiákban az előkészítés első szakasza szintén jó vizsgálati feltételeket biztosított.

Tapasztalataink alapján úgy látjuk, hogy ez az előkészítési mód megoldást jelent a járóbeteg-rendelések számára is.

A cholegraphia az esetek nagy százalékában még a leggondosabb előkészítés mellett is kiegészítő felvételek készítését teszi szükségessé. 287 betegen ezért a cholegraphiát előkészítés nélkül végeztük el, 117 esetben célzott felvételt készítettünk, ez 41%-nak felel meg. 13 betegen a rétegfelvételek elkerülhetetlenek voltak, ami az epeutak jobb ábrázolását szolgálta. Az

eredményeket összehasonlítottuk a vizsgálatra hagyományos módon előkészített 276 beteg adatával és lényegében azonos eredmények születtek. Ezek az adatok azt az egyszerű tényt igazolják, hogy a cholegraphia előkészítést nem igényel.

Megbeszélés

1. Az előkészítések és a vizsgálati technika sokféleségében a malmói rendszer bizonyos rendet teremtett, de a vélemények ennek ellenére megoszlanak, mind a nagyobb, mind a kisebb részletkérdésekben is (4, 9, 10, 13). Az biztosnak látszik, hogy a betegekre a nagy megterhelést jelentő klasszikus előkészítések, a többnapos éheztetés, és a többszöri beöntések háttérbe szorulnak. Előtérbe kerülnek viszont a kevésbé megterhelő kontakt hatású gyógyszereken alapuló módszerek, melyek lényegesen jobb körülményeket nyújtanak.

2. Az általunk használt és bevált módszerrel nem az a célunk, hogy a sémát követendő eljárásnak ajánljuk, inkább azt szeretnénk bemutatni, hogy a betegek előkészítéséből a röntgenosztályoknak is ki kell venni a részüket. A tapasztalatunk szerint az előkészítés sikerének ez az egyedüli biztosítéka.

3. Több száz urographia tapasztalata alapján merjük ajánlani az előkészítésünk első szakaszát, mely önmagában is elégséges, tisztító beöntésekre szükség nincsen.

4. A viszonylag nagyszámú cholegraphia eredménye azt a könnyebbé teszi, hogy a betegek előkészítést nem igényeljenek. Ez nagy segítséget jelent a klinikai osztályok dolgozóinak és a betegeknek egyaránt, ugyanakkor a vizsgálatok eredményességét nem befolyásolja.

5. Az előkészítés első szakasza a betegek otthonában is elvégezhető, így a járóbeteg-rendelések nehezégeit is megoldja, és megkíméli a betegeket a rosszul elvégzett, elégtelen és felesleges beöntésektől.

6. Az írásunkban felvetett kérdések hazai viszonylatban nincsenek megoldva, nincsen egy egységes, fejlődő szemléletünk. A vizsgálataink nem nyújtják azt a diagnosztikus lehetőséget, ami bennük rejlik. A kis elváltozások nem kerülhetnek felismerésre. Ezt a hiányosságot úgy véljük, nem engedhetjük meg magunknak.

Összefoglalás. A szerzők közlik a kétszakaszos előkészítési módszerüket és bizonyítják annak eredményességét. Úgy vélik, hogy az előkészítési módszerük első szakasza beöntés nélkül elégséges az urographia és az aortographia elvégzéséhez. A cholegraphia nézetük szerint nem igényel előkészítést. Döntőnek tartják a röntgenosztályok aktív részvételét a betegek előkészítésében.

IRODALOM: 1. Benkő Gy.: Radiológia. FNYV, Budapest, 1971. 163. o. — 2. Issekutz B., Issekutz L.: Gyógyszerrendelés. Medicina, 1969. 369. o. — 3. Poppel, M. H., Bangappa, C. K.: Amer. J. Rtg. 1959, 81, 696. — 4. Schinz, H. R.: Lehrbuch der Röntgendiagnostik. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1952. 3350. — 5. Scott-Harden, W. C., Philp, L. D., Moule, B.: British J. Rad. 1967, 40, 15. — 6. Szabolcsi L.: Rad. Közlemények. 1971, 1, 65. — 7. Udvardy L.: Belgyógyászati röntgendiagnostika. Városi Nyomda, Debrecen, 1942. 540. o. — 8. Varró V.: Gastroenterologia. Medicina, Budapest, 1964. 309. o. — 9. Welin, S.: Der Radiologe. 1962, 2/3, 87. — 10. Welin, S.: Münch. Med. Wschr. 1967, 31, 1142. — 11. Welin, G., Welin, S., Aberg, T.: British J. Rad. 1970, 43, 744. — 12. Zsebők Z.: A radiológia alapvonalai. Harmadik kiadás. Medicina, Budapest, 1973. 249. o. — 13. Yeates, C. W., Moreton, R. D., Cooper, E. M.: Radiology. 1950, 55, 539.

Korunk természettudományos és technikai világképe — ahogyan azt az elmebetegek megélik

Korunk — az atom- és űrkorszak — tudományos-technikai világképe sok, alapvetően új ismeretet tartalmaz, s még több fantasztikus-utópisztikus elképzelés kialakulásához szolgál támpontul. Ezenkívül, a felgyorsult technikai fejlődés előre ki nem számítható káros következményeivel számos új problémát vet fel.

A mai élet egészére kiható és a tudatformálás szempontjából is nagy jelentőséggel bíró ilyen új ismeretek közé sorolhatók az atomfizika, a rakéta-technika, az űrhajózás, az automatizáció, az orvostudomány és a farmakológia terén tett felfedezések, s a rádióval, televízióval, radartechnikával, színes fotográfiával, elektronmikroszkóppal, elektronikus számítógépekkel, az egyre gyorsuló közlekedési eszközökkel stb. kapcsolatos találmányok. A futurologiai természetű előrejelzések, tervezgetések és az utópisztikus jellegű, elszabadult fantáziatévékenység vonatkozásában pedig elég legyen most csak — a demográfiai robbanást megfékezendő — az emberiség létszámának állandósítását, az egységes világkormányzást, a defekt gének kiküszöbölését, a távoli égitestekre való rendszeres utazásokat, az „űrlakókkal” való találkozások elősegítését stb. célzó tervek, ill. elképzelésekre utalnom. Az előreszaladt ipari fejlődés „szövődményeit” illetően pedig csupán a környezetszennyeződést, a műanyagok különféle ártalmait, a tömeges gyógyszer- és az elterjedt kábítószer-fogyasztást említem. Külön kell szólni az egész emberiséget átfogóan érintő, legveszélyesebb komplikáció lehetőségéről, az atomháború veszélyéről. Korunk világképének és életérzéseinek jellemző sajátossága, hogy egyrészt a termonukleáris világháború rémétől való szorongással, másrészt az emberiség minden eddigi lehetőségét meghaladó jólét reményétől telített. (Ez utóbbit kedvező esetben az atomenergia békés felhasználása és a társadalmi igazságosság fokozatos megvalósítása volna hivatva meghozni.)

A Magyar Orvostörténelmi Társaság Szociológiai Bizottsága és Egészségügyi-Társadalomorvostan Történeti Szakosztálya által közösen rendezett tudományos ülésen, 1978. december 15-én elhangzott előadás lényegesebb tézisei.

A modern világképnek és a mai világproblémáknak az elmebetegek által történő megélését illetően két lényegbe vágó kérdés merül fel:

1. Korunk világszemlélete és tudományos-technikai műveltsége egyáltalán *milyen mértékben, milyen szélességben* tükröződik a napjainkban észlelhető téveseszmékben, érzékszalódásokban és a fóbiák, szorongások tartalmaiban az egyéb témák mellett? A klinikai gyakorlatból jól ismert tény ugyanis, hogy a betegek téveseszméi milyen heterogén természetű ideológiai elemeket és gondolkodásformákat — ide sorolva az archaikus-mágikus hiedelmeket, a folklorisztikus témákat, a vallási hit és meggyőződés különböző formáit és szintjeit stb. — olvasztanak magukba nem kis számban jelenleg is.

2. Századunk jellemző természettudományos-technikai világképének kiváltképp mely motívumai iránt mutatnak a pszichotikusok feltűnő affinitást általában és külön-külön, az egyes kórformák természetétől függően? Vagyis, e világkép főleg *mely elemei, s milyen vonatkozásban* szerepelnek előszeretettel az elmebetegek élményeiben és tükröződnek kiemelkedő gyakorisággal kórképeikben, továbbá *milyen pszichopathológiai mechanizmusoknak* tudhatók be?

1. Az első kérdésre vonatkozóan egyértelműek a szakirodalom adatai: az utóbbi száz év során progresszíve növekedtek a *korspecifikus* téveseszmék. Azokon belül is kiemelkedő gyakorisággal fordultak elő a korszerű fizikai-technikai felfedezésekkel, szerkezetekkel és fegyverekkel összefüggő megfigyeltetési, üldöztetési, befolyásoltatási stb. doxasmák. H. Kranz (1967) a mesterséges bolygónak, kémholdnak, űrhajónak, „Mars-lakóknak” stb. az elmekóros tünetekbe való beépítésével kapcsolatban pl. találóan jegyezte meg, hogy „...a szkizofrén tévelyállapotban jelentkező kóros fantáziálás napjainkban egészen a világűrre nyomakodott előre...” E. Agresti (1959) pedig a mágikus és a reliigiózus témájú téveseszmék csökkenő tendenciáját, s ugyanakkor a korszerű technikához kötött befolyásoltatási stb. tartalmak nagymértékű növekedését észlelve rámutatott, hogy a jelenség oka a „mitológiai-demoniákus” világnézet ritkulásában és gyengülésében, s ezzel egy időben a természettudományos-technikai szemlélet fokozódó térhódításában keresendő.

A „korspecifikus” és az „archaikus” — utóbbi alatt értve az ősi mágikus, a folklorisztikus babonás és a reliigiózus témákat — téveseszmék mai beteganyag körében való megoszlási arányait illetően saját vizsgálati adatokkal is rendelkezünk. Pisztor F. és Gál P. (1978) az 1967 és 1977 közötti években kórházi felvételt kapott 260 Borsod-Abaúj-Zemplén megyei elmebetegnél — csupán a „korspecifikus” és az „archaikus” doxasmák jelentkező gyakoriságát vizsgálva — azt találták, hogy míg a korunk technikai világképével összefüggő és az aktuális politikai eseményekkel kapcsolatos kóros tartalmak 75%-ban fordultak elő, addig az „archaikus” témák csupán 25%-ban.

2. A második kérdéskomplexum megválaszolásakor célszerű az adott világkép és a kórlélektani

tünetek között fennálló pathomechanizmusbeli összefüggések elemzéséből kiindulni. Ebből a szempontból három fő típust sikerült elkülönítenem:

a) Az első típusba sorolható eseteknél a kultúra — különösképpen az egyént valamiképpen személyes, egzisztenciális vonatkozásban is érintő, továbbá főleg állandóan ható elemei révén — a kórkép kialakulásában *preformatív* szerepet játszik. A tünetegyüttes szempontjából akkor beszélhetünk a jelenkori világkép és a hozzá kapcsolódó fantasztikus színezetű utópiák *preformatív* hatásáról, ha a beteg ezeket koncentráltabb formában éli meg, premorbid személyisége sajátos témafigyelemkonyságának és felfokozott érzékenységének betudhatóan. Hasonlóképpen, amidőn az aktuális politikai események mögött meghúzódó alapvető problémákkal — mint pl. háború és béke kérdése — személyes síkon konfrontálódik, s mindez azután a kórképekben tükröződik is. Jól szemlélteti ezt az alábbi példa: szkizofréniában szenvedő, 51 éves szikszói kőműves kórházi felvétele előtt egy-egy nyíri emberalakokat vélt látni, amelyek átmentek a plafonon, majd elszálltak. „*Én magamban így fényembereknek nevezem őket... úgy érzem, elrepülök egy másik bolygóra, ott is emberek vannak, beszéltem velük... lehetséges, hogy én felvettem a kapcsolatot más élőlényekkel. A másik bolygón félhomály van és olyan kultúra, hogy az utak mentek az autók alatt, a házak üvegéből voltak, s üvegrakéták álltak a házak előtt... A lényeg az, hogy az emberiség ellen borzasztó nagy katasztrófa közeledik, az egyik fényember szüntelenül azt mondja a fejében, hogy: békét kösse-tek, földi emberek, mert különben elpusztul a világ!*”

b) A második típusként csoportosítható kórtörténetekben azután már nemcsak arról van szó, hogy a betegek a világkép és a világhelyzet néhány olyan reális vonatkozását, vagy rejtett, lappangó adottságát élik meg fokozottabb mértékben és személyes vonatkozásban is, amelyekre a normális populáció tagjai nem, vagy csak alig figyelnek fel — s amelyekkel legfeljebb csak mint távoli lehetőségekkel számolnak —, hanem ezen jóval túlmenően, itt a kulturális miliő felől jövő információk, ismeretek az ő esetükben kifejezetten *iatrogén*, *induktív* szereppel bírnak.

Könnyen érthetővé válik ez, ha figyelembe vesszük, hogy napjainkban mű- és kémholdak keringenek szüntelenül felettünk, s a 100 mérföldes magasságban dolgozó leghatékonyabb kamerák segítségével lefényképezhetők a két láb átmérőjű tárgyak is, sőt a felvételeken még a plakátok feliratát is el lehet olvasni; hogy sok helyen a mikrofényképezőgépek, a rejtett gégemikrofonok, a párányi lehallgatókészülékek használata, s maga a folyamatos telefonlehallgatás stb. rutinszerű, s egyáltalán nem korlátozódik a bűnügyi rendőrség gyakorlatára; hogy pl. „... a nyugati társadalmakban a rejtett tv-lánc, a kamera szemek segítségével a vállalkozók és felügyelők a munkást betű szerint a mellékhelyiségekig üldözhetik, s a dolgozó számolhat azzal, hogy mindig és mindenütt reá irányul a fáradhatatlan üveg szem stb. Valóban igaz, hogy napjainkban a rendőrkutyák helyett az elekt-

ronika őriz, nyomo, jelez, regisztrál.” (Bokor László: Hidegháború, Bp. 1978.)

Ezekről az eszközökről és az általuk biztosított megfigyelési lehetőségekről azután telefonlehallgatási botrányok, bűnügyekké fajult ipari kémkedések, leleplezett kémholdak stb. kapcsán bőven tájékoztat a sajtó és az egyéb tömegkommunikációs eszközök. A lakosság széles rétegei tisztában vannak tehát mindazon veszélyforrással, amelyet az atomsugárzások, a keringő kozmikus objektumok s a miniatürizált lehallgatókészülékek és televíziókamerák képviselnek a számukra. Különösen e két utóbbi fenyegeti a magánéleti szféra intimizációját és sérthetetlenségét. Szinte azt lehet mondani, hogy korunkban — paradox módon — sokszor az tűnik abnormálisnak, aki nem számol azzal, hogy bármikor „*megfigyelhetik*”, „*lehallgathatják*”, ártalmas sugárzások, légköri szennyeződések károsítják egészségét stb.

A paranoid egyének a modern technika teremtette ezen potenciálisan paranoid szituációkban azután nyilván fokozottabban iatrogenizálódnak, érzékenyebben élik meg a tulajdonképpen mindenkire fenyegető „*ártó befolyások*”, „*lehallgatások*”, „*észrevétlen lefilmezések*” stb. lehetőségeit, s mind ezen élmények náluk elsősorban vonatkoztatási, befolyásoltatási, megkárosítási, üldöztetési stb. téveszmék formájában jelennek meg. Így pl. egy szkizofrén pszichózisban megbetegedett 25 éves üzembrendész panaszai között ilyenek szerepeltek: „*Elektromos úton megfigyelik a gondolataimat... máskor meg valamilyen sugárzással, rádióval irányítanak, ha akarják, minden egyes porcikámban mozgást idéznek elő... azt szeretném végre csinálni, amit én akarok!*” B. I., 41 éves paranoid szkizofrén beteg, rokkantnyugdíjas hengerész pedig a különféle megkárosítások és megtorlások között — amelyeket úgy vélt, hogy mind ő ellene hajtottak végre — egy sajátosan korszerűt is említett: ellenségei őt büntetésből rakétával kilőtték a világegyetembe!

c) Világkép és pszichiátriai tünetek összefüggéseit vizsgálva, a harmadik pathomechanikai típusban a kultúra csupán a priméren elmekóros élmények (mint pl. tévelyállapotok, érzékesalódások, cönosztéziák stb.) megfogalmazására, kifejezésére, magyarázatára — egyszóval tünetek formájába való öntésére — szolgál, vagyis szerepe mérőben *pathoplasztikus*. Ennél a típusnál a hangsúly a patológiás történéseken van, melyekhez képest a tünetek megfogalmazásában és másodlagos magyarázatában jelentkező környezeti kulturális hatások csupán járulékos jelentőségűek. Sokszor szinte úgy tűnik, hogy az aktuális világképből merített motívumok csupán keretek, amelyek éppen-séggel akár másfélék is lehetnének.

Különösen szembetűnő ez az ide sorolható patológiás nagyzásokban. A valóban lényeges patológiás történések ezekben az esetekben a felfokozott önállítási igény, a megnövekedett egodiastole, a kóros nagyzolás tendenciája. A megalománia konkrét formába öntését meghatározó értékorientáció azután már csak másodlagos jelentőségű és kor-dependens. Így pl. napjainkban — amidőn az úrhajósok a hírközlő eszközök rájuk irányuló ref-

lektorfényének köszönhetően világszerte ismertek, s nagyfokú társadalmi presztízsnak örvendenek — nem ritka, hogy az elmebetegek kóros nagyzásaik során személy szerint velük azonosítják magukat, vagy legalábbis azt állítják magukról, hogy ők is kozmonauták. Egy 28 éves nőbetegünk szkizofrénia schubja alatt azzal dicsekedett pl., hogy a Holdra és a Napra fog utazni, s az űrhajót már el is készítette. L. L.-né, 42 éves paranoid pszichózisban megbetegedett segéd munkásnőnél viszont egyszerre voltak megfigyelhetők korspecifikus tematikájú üldöztetési és nagyzási téveszmék: „*Atomszag szivárog fel a pincéből, mert azt mondták, hogy felatomozták a házunkat és minket is... a fogamban is atomot érzek, bizonyára azt is felatomozták...*” Továbbá: „*Bátyám a háborúban eltűnt, de majd hamarosan visszatér mint űrhajós és én is űrhajós kisasszony leszek...*” stb.

A másodlagos interpretációk kulturális elemeinek korszakos változékonysága és járulékos jellege még szembetűnőbb azonban a mikromán téveszmék csoportjába tartozó megfigyeltetési, megkárosítási, fizikai-szellemi befolyásoltatási, üldöztetési stb. tartalmak elemzésekor. H. Lenznek (1964 és 1967) az utóbbi száz év szkizofrénia tünetváltozásaira irányuló nagyszabású vizsgálataiból ismert, hogy a paranoid szkizofrén, a parafrén vagy a paranoiás betegek minden időszakban megtalálható alapélménye — ha úgy tetszik, szorosabb értelemben vett pszichopathológiai bázis-szindrómája — testi-lelki integritásuk, Én-jük kívülről, ellenséges erők által történő megragadottsága, káros befolyásolása („*Berührt und Ergriffensein des Ichs*”). A különböző történelmi időszakokban csupán az ártó behatás természetére és módozataira vonatkozó elképzelések változtak, függően a kor természettudományos ismereteitől és technikai szintjétől.

Napjaink betegeinek a kórtörténeteiben idevonatkozóan egész sereg korspecifikusnak mondható panaszt és másodlagos interpretatív téveszmét találhatunk. Ilyenek pl.: „*... van valahol egy külföldi gép, amely engem mindennap meghánytat... ez a gép a vizeletemet is vissza tudja tartani stb.*” Más eset: „*Fizikai behatás alatt állok, a gondolataimat mérik... az ember le van izotópozva, ez magasabb energiaszintet létesít a fejben, az agy gondolatát így veszik a levegő tér-erejében...*” Ismét más eset: „*... van egy szerkentyű, árammal működik, azzal mindent lehet csinálni, képeket tükrözni, sugarazni, gondolatot kifigyelni... most is be van kapcsolva, éppen elakasztotta a gondolatomat...*” Egy paranoid szkizofrén nő kórrajzi anyagából: „*... gázt fúvattak rám gumicsövön... a technikával meghozták a menstruációt, sugárpisztoly segítségével...*” stb.

Ha tüzetesebben szemügyre vesszük azonban ezeket a téveszmékben szereplő technikai ismereteket, s alaposabban megvizsgáljuk a betegek természettudományos műveltségét és műszaki tudását, úgy az esetek zömében meglepő megállapításokhoz juthatunk el. Saját anyagomra vonatkozóan megerősíthetem H. Lenz (1969) egy érdekes tézisé, amennyiben én is úgy találtam, hogy a természettudományos-technikai fogalmak használata az elmebetegeknél rendszerint meglepően felületes

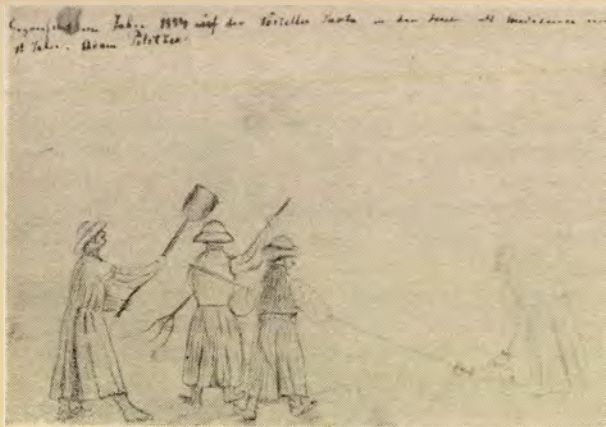
szakismereteket takar, ugyanakkor szinte természetfeletti képességekkel, szerkezeti adottságaikból nem következő rendkívüli hatóerővel ruházzák fel prolektive ezeket a modern technikai eszközöket. Vagyis arról van szó, hogy pszichózisuk keretében a betegek nem a tényleges természettudományos-technikai világkép ismeretanyagát használják fel, de ahelyett egy olyan „egyéni” módra megfogalmazott és megélt világképet, mely a valódihoz csak felületesen hasonlít, és amelynek egyik jellemzője a részletes és szakszerű technikai ismeretek hiánya, a másik pedig a műszaki információkra kivetített mágikus-religiózus jellegű képzetek túlsúlya.

Pisztora Ferenc dr.

Adalékok Politzer professzor életéhez

A róla elnevezett ballonos orrbefúvót minden orvos ismeri, oto-laryngológiai munkásságának korszakos jelentőségét elsősorban a szakorvosok, az embert aránylag kevesen. Általában annyit, hogy magyar földön született (1835), Bécsben lett világhírű, de kötődése az anyaországhoz eddigi tudásunk szerint távolról sem volt annyira egyértelmű és szoros, mint a nagy kortárs Kapos Mór tanáré. A magyar orvostörténetírás vitatható nagylelkűséggel egy kicsit le is mondott róla. Pedig a manuscriptum formájában meglevő 1917-es keltezésű, unokájának szánt *Lebenserinnerungen* c. autobiográfiája az egykori sláger sorait sugallja: „nem én lettem hűtlen hozzád...”, sőt!

Kezdjük mindjárt egy különben nagyon megbízható lexikon korrekciójával. Professzorunk, Szinnyei szerint a Csanád megyei Alberti községben született, ami tévedés. Életrajzából kiderül, hogy Alberti és Irsa „zwischen Pest und Szolnok” található, tehát közel a fővároshoz. A Politzer család ugyancsak népes volt. Három híres közeli rokonáról tesz említést. Unokatestvére volt a köpcsenyi születésű Joachim József Európa-hírű hegedűvirtuóz, aki 1849-ben Párizs egyik koncertjén Berlioz partnere volt, Angliát Mendelssohn kíséretében látogatta meg, végül a berlini zeneművészeti főiskola tanára lett. Kevés külföldinek sikerült ez. „Magyar koncert”-je, „Hamlet-nyitány”-a ismert alkotások. Egyik nagynénje férjhez ment Pesten Feuer doktorhoz, akinek a fiában híres gégészünket, Irsai orvostanárt tisztelhetjük. A név magyarítása ugyancsak a szülőföldre, Irsa községre utal. A legbüszkébb azonban legidősebbik fivére, Politzer Illésre volt. A 48-as magyar szabadságharc kitörésekor mint utolsó éves sebészhallgató, első között lépett a bécsi légióba harcolni a császárpártiak ellen, majd Olmütz erődítményét védi, végül hazatér Pestre. A bécsi és olmützi szerepéről a Bernstein könyvére hivatkozó (Az 1848/49-iki

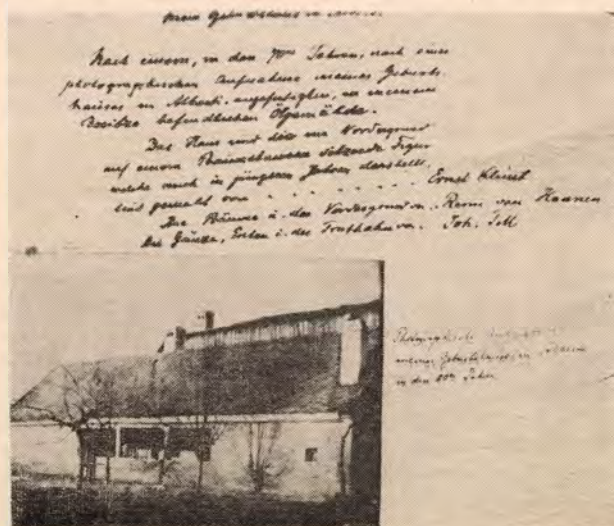


szabadságharc és a zsidók, Bp. 1898). Zétény sem tesz említést. Nyilván adatok hiányában, pedig nem lényegtelen. Lehetetlen meghatódás nélkül olvasni a *Da kam das Jahr 1848: die Grosse Revolution* c. fejezetet. Egyik oldalra beragasztva Kossuth, Görgei és Petőfi arcképe. A segesvári költővértanú komor képe alá azt írta: *Petőfi Sándor. Gefeuerter patriotischer Freiheitsdichter in der Revolution 1848/49*. Ha csak a Petőfi Sándor nevet olvasnók, a nem írásszakértő akár eredetinek is hihetné. E sorok írója lévén szintén Petőfi-rajongó, igen sok múltbéli írást látott az Egyetlenről, és érdekesen feltűnő, hogy szinte mindenki utánozta aláírását. Néha a megszólalásig. Nyilván (pont Politzer professzor a példa rá) nem hamisítási szándékkal, sokkal inkább valami delejes vonzódásból. Politzer Ádám ekkor kecskeméti kisdíák, ami szintén nem derül ki a Szinnyeből, holott szívesen megjelölte ezeket az apró adatokat is. Világos után, amikor bátyja bujdosni kényszerült, leendő professzorunk hazament Alberti-Irsára *Wir bekamen Kosaken-Einquartirung*, azaz kozákok szálltak meg náluk, egyik tiszttel németül elég jól eltársalgott. Illés bátyja, nagy büszkesége az utolsóig helytállt a szétszóródó honvéd seregben, de a fegyverletétel után igen nehéz helyzetbe került. Igazoló bizottság elé állították, de szerencséje volt. A derék Pál Kelemen, Alberti mezőváros jegyzője kétszer is hamis papírral látta el, amely szerint Policzer (így!) Illés orvostanhallgató a forradalom alatt „semmiben részt nem vett, ezért a kezdett tudomány gátoltalan folytatására ötet ajánlhatjuk. Költ Albertin Octobr. 30-án 1849.” Ugyanezt megismételte 1851-ben, amikor az a sebészorvosi oklevélhez kellett. Mindkettő magángyűjteményemet gazdagítja. Ha létezik kegyes család, Pál jegyzőé az volt. Mihez kezdett volna a szegény szabadságharcos magyar zsidó fiú félbemaradt tanulmányával? Miután megkapta sebész- és „bábász”-mesteri oklevelét, a ceglédi járásban, később Kalocsa környékén helyezkedett el, s ekkor már az 1854. évtől módjában volt útnak indítani öccsét, aki Kecskemétről eljövet 1850–54 között a pesti piaristáknál fejezte be középiskoláit. Igazgatója a híres Horváth Cyrill volt. A kitűnő maturatus jutalmául 1854-ben Törtel Pusztán nyaralt. Ebből az időből való két szép akvarellje és két ceruzarajza a pusztai életről (ábrák). Egy kicsit Lenau lebegő romantikája és Petőfi népi realizmusa érezhető rajtuk.

de ez egy diáknál természetes és jobb hatásokat aligha választhatott volna. Mindenesetre érdekes adalékok a későbbi nagy oto-laryngológus gyermekkorához. Aki ilyen ihletetten tudott rajzolni a pusztáról és így őrizte a szabadságharc emlékét, az lehetett bár németül író bécsi professzor, lelkében mindvégig magyar maradt. Ahogy ezek a szép sorok bizonyítják. Illés bátyjával még a nyolcvanas év végén is tartotta a kapcsolatot, legalábbis a megmaradt levelezésük szerint. Politzer Illés ekkor már pesti sebészorvos. Fülbetegeit szívesen küldte öccséhez, aki német nyelvterületen a würzburgi *Trötsch* mellett a legnagyobb tekintélynek számított. Egyik meglevő receptjén Otitisre az alábbi cseppeket ajánlja:

Natr. bicarb. (0,5)
Aqua Destill. (10,0)
Glycerin (2,0)

naponta többször 8–10 cseppet 5–6 héten keresztül. Bécsi éveiről könyvnyi kézirat maradt. Nagyon érdekesek a korabeli, beragasztott daguerotípek; Skoda, Hebra, Oppolzer, Rokitansky, Schuh, Brücke, Türck, Artl, majd a nyugat-európai útibeszámolóiról, akik között természetesen Trötsch, Helmholtz, majd Párizsból Claude Bernard és Menière, Londonban (1861) Joseph Toynbee egyaránt megtalálhatók. Jellemzésükkel, az élményanyaggal együtt, amelyből kikerekedne egy kis könyv. Közben, hogy ki ne jöjjön a gyakorlatból, rajzokat készít az orról, a fülről. 1870-ben prof. Czermakkal és két bukaresti kollégájával együtt üdült Karlsbad fürdőhelyén, majd a porosz–francia háborúról tudósít, szinte semleges krónikásként. Rövidesen hazatér, mert Oppolzer és Artl ajánlatára a kisszakma rendkívüli tanárává nevezik ki és rövidesen megszervezi, világhírűvé fejleszti intézetét, amit (valljunk be őszintén) szülőföldjén aligha tehetett volna meg, hiszen az oto-laryngológia nálunk csak 1902-ben kapott külön tanszéket. 80. születésnapjára (1915) a *Wiener Medizinischen Wochenschrift* szerkesztősége köszöntötte az idős professzort, Oppolzer pedig *Morbus Brightii* címmel tartott díszelőadást. Sajnos, akkor már a világháború is tartott. A dűledező Monarchia reprezentatív folyóiratának köszöntője tapintatosan hallgat az indulás helyéről, a hovatarozásról. Miként a



habsburgi politika, csak a bukást akarták mindig megosztani a Lajtán inneni territóriummal, a dicsőséget soha. Feltehetően ezért írta meg Politzer professzor a *Lebenserinnerungen*-jét. A népes család zöme úgyis itt élő honfitársunk volt, pl. a Fővárosi Gyermekkert főorvosa; Dr. Politzer Alfréd, a többiek inkább kereskedők. Hogyan is feledkezhetett volna meg róluk, szülőföldjéről, Petőfiről, a törteli pusztáról, szabadságharcos bátyjáról? Miképp őrizte volna féltett kinsként ezt a kis életrajzi dossziét? Bécsben halt meg (1920) a Habsburg-birodalommal egy időben, de véle magát nem azonosítva. A fentiek ezt kívánták bizonyítani.

Távol áll tőlünk a kisajátítás szándéka. Tagadhatatlanul Ausztriában lett világhírű, de némi közünk-jogunk nekünk is van hozzá. Sokkal több, mint eddig hittük.

Szállási Árpád dr.

Lippay Gáspár (1809 – 1895)

A múlt század első felében *Fabini János Teofil* egyetemi működése és általános szakmai tevékenysége nyomán a hazai szemészképzés és szemorvoslás európai hírűvé vált, amit csak erősített *Grósz Frigyes* nagyváradi szemkórházának és kiváló műtőorvosi képességének tekintélye. *Fabini* szakmailag kiemelkedő tudású tanítványai csakhamar a hazai és a külföldi szaklapokban is jelentkeztek írásaikkal, öregbítették a magyar szemorvoslás hírnevét. *Fabini* váratlan halála után elentétes helyzet alakult ki az egyetemi szemészképzés és a hazai szemorvosi gyakorlat között: addig e két terület a egyetemi szemklinikában kapcsolódott, de *Fabini* elárvult tanszékét a szerényebb tudású, a szakmai megújulás iránt érzéketlen, bár megbízható operatőr hírében állt *Lippay Gáspár* örökölte, míg az egyetem falain kívül nálánál nagyobb tudású és külföldön is ismert szemorvosok — pl. *Hirschler Ignác*, *Grósz Frigyes*, *Kanka Károly* — szegényes felszereltségű kórházakban működtek, honosították meg az európai szemészet eredményeit a hazai valóságban. Igaz, *Lippay Gáspár* a tanszékét és az egyetemi előadás jogát előbb országos beosztása, később pedig politikai magatartása miatt nyerte el. Talán e helyzetet legjobban *id. Imre József* jellemzi: „... Tehetsége, jelleme, orvosi és tanári igyekezete bizonyára lehetett kifogástalan, de szakmájában nem volt a feladatához való képzettsége... Ott lehetett *Grósz Frigyes* Nagyváradon, *Kanka* Pozsonyban és még néhány jó szakember: az általános orvosi gyakorlatnak a szemészet a legelhanyagoltabb részévé vált.” A negatív vélemények ellenére *Lippay* idejében fejlődött az egyetemi szemészeti klinika ágylétszáma, javultak a gyógyítás feltételei, a szemészet bevonult a kötelező tantárgyak közé az orvos- és a sebészképzésben is, az elméleti előadásokat összekapcsolták az ágy melletti

gyakorlati képzéssel, viszont ezek nem álltak párhuzamban a képzés színvonalával.

Lippay Gáspár 1809. január 4-én született Keszthelyen, ahol apja a Festetics-uradalom kormányzó mérnökeként működött. Középiskoláit Veszprémben végezte, majd rövid ideig Győrben joghallgató volt. Jogi tanulmányaival szakítva 1829-ben a pesti egyetem orvosi karára iratkozott be, de tanulmányainak utolsó két évét már a bécsi egyetemen végezte és fejezte be. Orvostudományi oklevelét 1834-ben szerezte meg, 1836-ban sebészdoktori, 1838-ban szemészmesteri oklevelet is nyert. Rövid ideig *Joseph Wattmann* bécsi sebészeti klinikáján is működött, de 1836-ban *József nádor* ösztöndíjával európai tanulmányútra ment, amikor felkereste a prágai, a berlini, a wittenbergi, a strassburgi és a párizsi egyetemeket. Ez utóbbi helyen több mint egy évig tartózkodott és itt ismerkedett meg a modern szemészet műtéti technikájával.

Tanulmányútjáról visszatérve még rövid ideig Bécsben működött, majd 1838-ban visszatért hazájába. Ekkor pályázta meg az országos szemorvosi állást, amelyet 1839. június 13-án végleg elnyert. Közel tíz évig működött e tisztségben, az ország különböző vármegyéiben kezelte a szem-betegeket, ideiglenes szükségkórházakat szervezett ezen időszakokra. A szemorvossal nem rendelkező vármegyék meghatározott időben meghívták az országos szemorvost vagy helyettesét, hogy a nagyszámú megbeteget így részesítsék gyógykezelésben. E gyógyító körútjai során hatalmas műtéti gyakorlatot szerzett, valóban tekintélyes műtőorvos hírében állt. Ennek ellenére 1841-ben megpályázta az egyetem — *Stahly Ignác* országos főorvossá és kari igazgatóvá történt kinevezése után — megüresedett sebészeti tanszékét és a tanári kar a harmadik helyen terjesztette fel a Helytartótanácsnak. A tanszékét *Balassa János* nyerte el, de *Lippay* véleményezésénél megemlítték *Wattmann* professzor mellett szerzett kiemelkedő sebészeti gyakorlatát.

Fabini János 1847-ben bekövetkezett halála után ideiglenesen *Lippay Gáspárt* mint országos szemorvost, bízták meg a klinika vezetésével és a végleges kinevezésig a tanári feladatkör ellátásával. A kiírt pályázaton *Lippay Gáspár* mellett *Arányi Lajos*, *Kanda Károly* és még többen pályáztak. *Arányi Lajos* ellen *Stahly Ignác* emelt szót, mivel már rendelkezett tanszékkal, szemészeti gyakorlata nem volt jelentős, míg *Kanka Károly* pályázatát a „tekintélyelv” miatt ejtették: nem tartották méltányosnak, ha az országos szemorvossal szemben pályázik. *Lippay* megbízatása ideiglenes volt, végleges kinevezést csak a szabadságharc bukása után kapott. Igaz, 1849 tavaszán, Buda visszavétele után *Lippay* nem volt hajlandó aláírni a Pestre visszatért kormányt üdvözlő egyetemi levelet, ezért és addigi aulikus magatartásáért a vallás- és közoktatásügyi miniszter felmentette hivatalából. Viszont 1850-ben visszanyerte jogait, sőt július 23-án a szemészet rendes tanárává nevezte ki az uralkodó. Eltávolítása idején kezdte el szemorvosi működését a pesti Asszony-egyetem szemkórházában, amely feladatot később is ellátott

és minden fizetség nélkül kezelte a szürkehálygos betegeket.

Személyének szolt, hogy klinikai fejlesztési terveit elfogadták, így a 24 ágyas egyetemi szemészeti részleget 40 ágyra emelték, javították az anyagi feltételeket, megteremtették az ágy melletti gyakorlatok feltételeit. Szakmai gyakorlata nem követte a szemészet elméleti és technikai fejlődését, így elzárkózott a szemészeti diagnosztika és terápiás módszerek bevezetése elől. Viszont tanársegédei közül többen — Köffinger, Szimenzky, Pelech, Bernolák — értékes közleményekkel gyarapították a magyar szemészeti irodalmat. Lippay elsősorban politikai magatartásának köszönheti, hogy emelkedett az egyetem tisztségeiben: három alkalommal (1864—1867 között) viselte a dékáni méltóságot, több tanári bizottság elnökeként tevékenykedett. 1871-ben királyi tanácsosi címmel jutalmazták.

Az orvostanári karban a konzervatív álláspontot képviselők sorába tartozott, bár emberileg mindig megértő, a kollegiális viszonyt minden körülmények között fenntartó tanár hírében állt. Véleményeiben — merev orvosi felfogása ellenére — mindig az orvosi hivatás és gyakorlat, a medicina érdekei vezérelték. Még nyugalomba vonulása előtt élesen tiltakozott az egyetemen felállított házonszervi gyógyászati tanszék ellen, mint a tudományos orvostudomány megcsúfolását látta benne. 1874. február 3-án kérte nyugdíjazását, majd 1874 nyarán végleg a Győr megyei Gyirmótra költözött és teljes visszavonultságban élt. 1895. február 11-én halt meg.

Kapronczay Károly dr.

Tiradentes, a felnagyelt fogorvos

Brazília legendás szabadsághőseinek sokan a nevét sem ismerik: foglalkozása alapján a *Foghúzó* néven írta be magát a történelembe, nagy kezdőbetűvel. Valódi neve *Joaquim José da Silva Xavier*; 1746-ban született São Joãoóban. Apja, Santos város pénzügyi ellenőre, buzgó vallásos ember, a Szent Ferenc szerzetesrend harmadrendjének tagja, aranyosással foglalkozott: nemesfémtermelő üzemében 50 rabszolgáját dolgoztatta. Hét gyermekét maga tanította írni, olvasni; négy fia közül kettő pap, egy katonatiszt, a negyedik, *Joaquim José fogorvos lett.*

A korán árvaságra jutott gyermeket keresztapja — neves fogorvos — oktatta szakmájára, a foghúzásra és pótlások készítésére. A fiatalember azonban gyorsabb gazdagodásra vágyott, mint amit a fogászkodás lehetővé tett volna, azért szállítási vállalkozásba kezdett: öszvérháton fuvarozott. Egyszer védelmébe vett egy rabszolgát, akit gazdája, egy másik fuvarozó, kegyetlenül bántalmazott. A rabszolga tulajdonosa feljelentette és a

bíróság kártérítésre ítélte, akkorára, hogy minden vagyona ráment. Ekkor katonának állt, ahol hamarosan felvitte a zászlósi rendfokozatig, de demokratikus nézetei miatt tovább nem léptették elő. Ezért tartós szabadságolását kérte és Rio de Janeiroba költözött, ahol a kikötő modernizálására készített terveket, de ez is sikertelenül végződött. Kiderült, hogy csupán tanult szakmájában, a fogászatban sikerült rendszeres kenyérkeresetet találnia. Minasban nyitotta meg rendelőjét és hamarosan tekintélyes pacientúrája alakult ki, a környék nagy elismerésnek örvendő fogorvosa lett.

Tiradentes magas, erőteljes, sovány férfi volt, kissé kancsal nézéssel. Nem nősült meg, de házasságon kívül két gyermeke maradt, egyik mulatt nőtől.

Brazília ez időben — *Őrült Mária* (1777—1816) uralkodása alatt — még Portugália gyarmata volt. Az anyaország kíméletlenül kizsákmányolta a brazilokat. Legsúlyosabban az aranykitermelésre kivetett adó sújtotta az országot, melyet évenként katonai csapatok kivezénylésével hajtottak be. Brazília aranya hajókon vándorolt Lisszabonba. A könnyörtelen adóztatás általános elkeseredést váltott ki és ez jó táptalajnak bizonyult azoknak a forradalmi eszméknek a számára, melyeket Európában járt brazil hajósok hoztak Franciaországból.

1789-ben Minasban is titkos szervezkedés indult; az összeesküvést, melynek főképp értelmiségi tagjai voltak, *Minasi hűtlenség* címen tartja számon a történelem. Az összeesküvők, akik minden nap másikkal lakásán gyűltek össze, a Portugáliától való elszakadást tűzték ki célul és fegyveres felkelésük megkezdésére azt a napot választották ki, amikor az aranyadó behajtására megérkezik a katonaság: azok váratlan lefegyverzése jelentette volna a forradalom kezdetét. A szövetkezést azonban valaki elárulta és május 10-ére virradó hajnalra minden tagját letartóztatták, köztük őt is. *Tiradentes* is.

A hónapokig tartó nyomozás és tárgyalások alatt a foglyok előzetes megállapodásuk szerint mind tagadtak. A harmadik tárgyalás után azonban *Tiradentes* rájött, hogy a nyomozás nem a helyzet további tisztázását célozza, hanem elrettentő példát akar nyújtani. Ezért, hogy társait



Tiradentes 37 mm-es bronzérme a szerző gyűjteményéből, melyet a Sao Paulo-i szabadkőműves páholy veretett 1890-ben, erre utal a második évszám, az első pedig kivégzésének éve

SUMETROLIM[®]

tabletta, szirup

CHEMOTHERAPEUTICUM

A készítmény kettős támadáspontú chemotherapeuticum: a baktériumok folsavszintézisének két, egymást követő fázisát gátolja. A hatóanyagok között synergismus van: a kombinált készítménynek már olyan kis mennyisége is bactericid hatású, amilyen töménységben a komponensek külön-külön csak bacteriostatikus tulajdonságúak. A bactericid effektus a Gram-negatív és -pozitív baktériumok jelentős részére kiterjed (streptococcusok — beleértve a beta-haemolytikus Streptococcus is —, pneumococcusok, neisseriák, klebsiellák, bordatellák, salmonellák, shigellák, és Vibrio cholerae).

A készítmény — általában — Haemophilus influenzae, Escherichia coli; staphylococcusok, Proteus mirabilis és vulgaris ellen is hatásos. Nem érzékeny kórokozó a Pseudomonas aeruginosa és a Mycobacterium tuberculosis.

ÖSSZETÉTEL: 1 tabl. 400 mg sulfamethoxazolumot és 80 mg trimethoprimumot tartalmaz. 1 üveg szirup (100 ml) 0,5 g trimethoprim., 2,5 g sulfamethoxazolumot tartalmaz.

JAVALLATOK: a felső és alsó légutak infectiói: akut és krónikus bronchitis, bronchiectasia, pneumonia, tonsillitis, sinusitis, pharyngitis.

A vese és húgyutak fertőzései: akut és krónikus cystitis, pyelitis, pyelonephritis, urethritis.

Nemi szervek megbetegedései: gonococcus-urethritis, prostatitis.

Epehólyag és epeút gyulladós megbetegedései: cholecystitis, cholangitis.

A gyomor-bél rendszer fertőzései: enteritis, typhus abdominalis, paratyphus, dysenteria.

Bőrfertőzések: pyoderma, furunculus, abscessus, sebfertőzés.

ELLENJAVALLATOK: máj- és veseelégtelenség, vér-dyscrasia, sulfonamid-túlérzékenység, valamint terhesség.

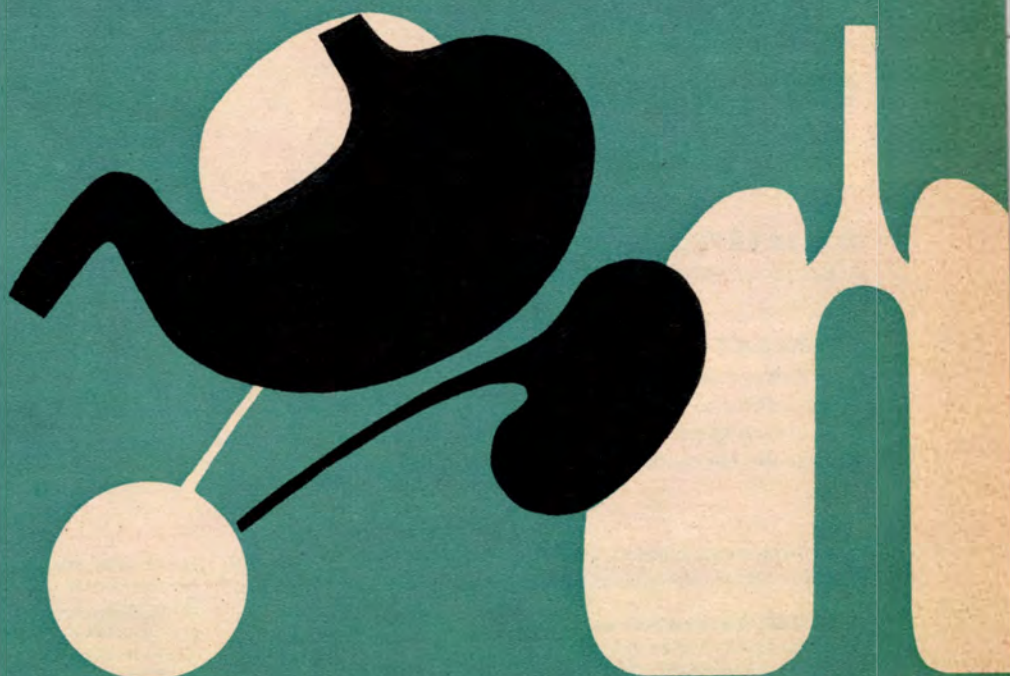
ADAGOLÁS: a készítményt akut infectio esetében legalább 5 napon át kell adni, általában pedig legalább 2 napi tünetmentesség eléréséig.

Felnőtteknek: terápiás adag 2×2 tabl./die (reggel és este étkezés után), fenntartó adag 2×1 tabl./die (reggel és este étkezés után), maximális adag 2×3 tabl./die (reggel és este étkezés után).

Gyermekeknek: 2 éves kor alatt $1-2 \times 1/4$., 2-6 éves korban $2 \times 1/4-1/2$ tabl., 6-12 éves korban $2 \times 1-2$ tabl. étkezés után.

Szirup adagolása: 2 éves kor alatt $1-2 \times 1$ adagolókanállal, 2-6 éves korban $2 \times 1-2$ adagolókanállal, 7-12 éves korban $2 \times 2-4$ adagolókanállal, reggel és este, étkezés után. 1 adagolókanál (4 ml) szirup 20 mg trimethoprim és 100 mg sulfamethoxazolumot tartalmaz.

Akut infectio esetében a fenti adagok rövid ideig (5-6 napig) tartó kezelés során napi 6 mg trimethoprim+30 mg



sulfamethoxazol testsúly-kg-onkénti adagig emelhetők, napi 2 egyenlő részre elosztva. Gyermekeknek 6 éves kor alatt a gyógyszer adagolása megfontolandó.

MELLÉKHATÁS: rossz közérzet, fejfájás, gyomorpanaszok, émelygés, hányás, étvágytalanság, gyógyszer-exanthema. Hosszan tartó adagolás alatt vagy arra diszponált egyénekben legtöbbször reversibilis haematologiai elváltozások (agranulocytosis, leukopenia) előfordulhatnak. Korlátozott vesefunkció esetén — a kumuláció veszélyének elkerülése végett — csak redukált adagok adhatók. A plazmakoncentráció meghatározása ajánlatos. Hosszan tartó

kezelés alatt a vérkép rendszeres ellenőrzése szükséges. Az esetben, ha a kúra alatt exanthema keletkezik, a gyógyszer szedését azonnal be kell szüntetni. A kezelés ideje alatt a megfelelő mennyiségű folyadékbevitelről gondoskodni kell.

MEGJEGYZÉS: ❖❖ csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtethető. — A tablettát az intézet készletéből kell térítésmentesen kiadni a bőr- és nemibeteg-gondozóban gyógyszerelés alatt álló nemibetegeknek.

TÉRÍTÉSI DÍJ: 20 tabl., 13,10 Ft, 1 üveg szirup 6,— Ft.

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST



PERITOL

tabletta, szirup



**Étvágyjavító és súlygyarapító hatású készítmény
Histamin- és serotoninantagonista**

ÖSSZETÉTEL: 1 tabl. 4 mg cyproheptadinum hydrochlor.-ot, 1 üveg szirup (100 ml) 40 mg cyproheptadinum hydrochlor.-ot tartalmaz.

JAVALLATOK: akut és krónikus urticaria, szérumbetegség, szénanátha, rhinitis vasomotorica, rhinitis allergica, gyógyszer-exanthema, pruritus, ekzema, ekzematoid dermatitis, kontakt-dermatitis, neurodermatitis, angioneurotikus oedema, rovarcsípések, carcinoid syndroma. Vascularis típusú fejfájások (migraine, histamin-cephalgia). Különböző eredetű étvágytalanság (anorexia nervosa, idiopathiás anorexia) és leromlott állapotok (postinfectiosus állapotok, reconvalescentia, krónikus betegségek, kimerültség, hyperthyreosis).

ELLENJAVALLATOK: glaucoma, oedema-készség és vizeletretentio esetén, továbbá terhességben ellenjavallt.

ADAGOLÁS: szokásos kezdő adagja *feinőtteknek* naponta 3×1 tabletta vagy 3×1 gyermekkanál szirup (12 mg). Ez az adag szükség szerint csökkenthető, ill. növelhető. Utóbbi esetben a napi adag nem haladhatja meg a 32 mg-ot. Krónikus urticaria kezelésére általában napi $3 \times 1/2$ tabletta vagy 3×1 kávéskanál szirup (6 mg) elegendő.

Csecsemőknek $1/2$ éves korig nem adható.

Gyermekeknek $1/2$ —2 éves kor között adása kivételesen megkísérélhető 0,4 mg/kg/die adagban (pl. 10 kg-os gyermeknek napi 4 mg; ezt a mennyiséget 2 kávéskanálnyi szirup tartalmazza). 3—4 hétnél tovább azonban ne adjuk.

Akut migraines roham esetén 1 tabletta vagy 1 gyermekkanál. Amennyiben a fejfájás nem szűnik meg, $1/2$ óra elteltével ismét adható 1 tabletta vagy 1 gyermekkanállal. A beteg 4—6 órán belül 8 mg-nál többet nem kaphat. A hatás fenntartására naponta 3×1 tabletta vagy 3×1 gyermekkanál rendszerint elegendő. — Étvágytalanságban 3×1 tabletta vagy 3×1 gyermekkanál naponta. — A kezelés kezdetekor jelentkező sedatív hatás miatt az első adagot ajánlatos az esti étkezés után bevenni.

2—6 éves korig a kezdő adag általában napi $3 \times 1/2$ tabletta vagy 3×1 kávéskanál (6 mg), s ha az adag emelése szükséges, a pótlást este, lefekvés előtt célszerű adni. A teljes napi dózis a 8 mg-ot ne haladja meg.

6—14 éves korig a szokásos napi adag 3×1 tabletta vagy 3×1 gyermekkanál. A teljes napi dózis 16 mg-nál több ne legyen. Étvágytalanságban 2—6 éves korig 3 — $4 \times 1/2$ tablettát vagy 3×1 gyermekkanál szirupot, de legfeljebb 8 mg-ot adunk naponta. — 6—14 éves korig 3×1 tabletta vagy 3×1 gyermekkanál naponta. A napi adag a 12 mg-ot ne lépje túl.

MELLÉKHATÁS: leggyakoribb az álmoság, amely rendszerint átmeneti jellegű, és ritkán teszi szükségessé a kezelés megszakítását. Ritkábban előfordulhat szájszárazság, mentális confusio, ataxia, visualis hallucinatio, szédülés, nausea, bőrkiütés, nyugtalanság, fejfájás. Alkalmazása fokozott elővigyázatosságot igényel, ezért pl. járművezetők, magasban vagy veszélyes gépen dolgozók csak az orvos által — az egyéni érzékenységeknek megfelelően — előírt adagban szedhetik.

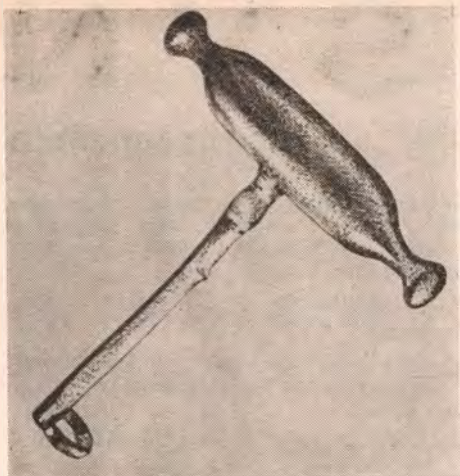
A Peritol a fájdalomcsillapítók és az altatók hatását potenciálja; azok Peritolal együtt csak csökkentett adagokban adhatók. Peritol-kúra alatt a szeszes ital fogyasztása tilos!

MEGJEGYZÉS: ✱ csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

TÉRÍTÉSI DÍJ: 20 tbl. 2,— Ft, 1 üveg 2,20 Ft.

Egyt

GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST



Tiradentes foghúzó műszere a Minas Gerais-i függetlenségi múzeumból

mentse, a negyedik tárgyaláson mindent magára vállalt, a többi letartóztatottat pedig mind saját-maga áldozatainak tüntette fel. A bíróság kapva kapott a beismerő vallomáson; a többi foglyot szabadon engedték, néhányukat Afrikába száműzték.

Tiradentes halálra ítélték, amit a királyi jóváhagyás és a kegyelmi eljárás befejeztével, három év múlva, 1792. április 21-én kegyetlenül és elrettentő módon hajtottak végre.

Tiradentes lekopaszították, szakállát levágták, vezeklő csuhában, nyakára hurkolt kötéssel

körülhordozták az egész városban. Azután a vesztőhelyen felakasztották. A hóhér bocsánatot kért *Tiradentes*től, hogy ki kell végeznie. Ő a megbocsátás jeleként kezet csókolt kivégzőjének, majd a következőket kiáltotta a körülállók felé: „Ha 10 életem volna, mind odaadnám a függetlenségért!”. Akasztás után testét azonnal felnagyelték: többől levágták alsó végtagjait és fejét. Szégyenszemre meztelenül akasztották ki keményfa kampókon külön nyulánk testét, az izmos combokat, és kalitkában a fejét a tartományi székhely különböző negyedeiben. Az ítélet pontos végrehajtása szerint végül földet sóval hintették be.

Brazília csak 97 év múlva tudta a portugál uralmat lerázni. A függetlenség elnyerése óta, 1889-től legnagyobb nemzeti ünnepük *Tiradentes* kivégzésének évfordulója. Foghúzó napján az iskolákban tanítási szünnap van, ünnepélyeket, felvonulásokat tartanak. Hatalmas plakátokon látható *Tiradentes* arcképe, nyakában kötéssel, alattuk utcabálokon ünnepi függetlenségét az ország lakossága. Este fáklyás zenével fejezik be Foghúzó napját.

Tiradentes emlékének népszerűsége nálunk *Petőfi Sándor*éhoz hasonlítható. Történelmi és eszmei jelentőségén kívül fogorvosi foglalkozásának megbecsülése is fontos a lelkes utókor számára: fogorvosi foglalkozása alapján mint *Tiradentes* került az évszázadok mítoszt teremtő emlékezetébe.

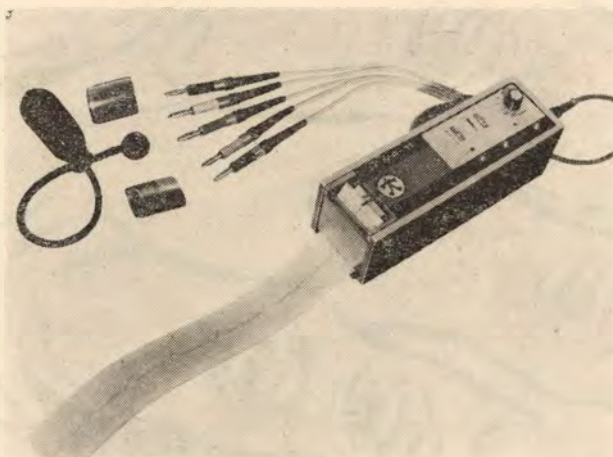
Tóth András dr.

A gyógyítás alapja a gyors és pontos diagnózis!

A miniatűr EKG készülék az orvosi táskában is elfér!

Körzeti, üzemi és magánrendelést folytató orvosok segítőtársa a mindössze 1,5 kg súlyú, telepről működő szívvizsgáló készülék.

A készülék beépített akkumulátortelepe hálózatról feltölthető.



Gyártja
és értékesíti:

Medicor Művek

Belkereskedelmi osztály

Budapest V., Aranykéz u. 2.



NAPROSYN

tabletta

mV 200

Antirheumatica

ÖSSZETÉTEL: 1 tabl. 250 mg naproxent tartalmaz.

HATÁS: A Naprosyn tabletta gyulladásgátló, láz- és fájdalomcsillapító hatású, nem steroid jellegű készítmény. Gyulladásgátló hatása adrenalectomizált állatokon is jelentkezik, ami azt jelzi, hogy nem a hypophysis-mellékvese humoralis regulációs rendszeren keresztül, hanem közvetlenül hat. Gyulladásgátló hatásának pontos mechanizmusa – hasonlóan más gyulladásgátlókhöz – nem ismert, de feltételezhető, hogy a prosztaglandin-szintetáz gátlásának nagy szerepe van a gyulladáscsökkentő hatás kialakulásában. A többi nem steroid gyulladásgátlóhoz viszonyítva kevésbé bizonyult ulcerogen hatásúnak. A cardiovascularis, valamint a központi és vegetatív idegrendszert nem, vagy csak minimális mértékben befolyásolja.

JAVALLATOK: Rheumatoid arthritis, egyéb krónikus ízületi gyulladások, spondylitis ankylopoetica (m. Bechterew), arthrosis különféle formái, spondylosis, spondylarthrosis, extraarticularis rheumatismus különböző formái (lumbago, egyéb myalgiák, fibrositisek, neuralgiák, bursitisek, peri-arthritis humeroscapularis, epicondylitis humeri stb.).

ELLENJAVALLATOK: Gyomor- és nyombélfekély, továbbá kifejezett máj- és vesekárosodás esetén csak állandó orvosi ellenőrzés mellett adható.

Terhesség alatt nem rendelhető. 16 évesnél fiatalabb betegek ne szedjék a gyógyszert, mivel jelen pillanatig fiatalokorúakon és gyermekeken még nincs elég tapasztalat.

ADAGOLÁS: Kezdő és szokásos fenntartó adagja napi 2×250 mg (reggel és este étkezés után). Szükség esetén napi 3 tabletta is adható (750 mg össz-dózis) a fájdalmak napszakos jellege szerint: 2 tabletta reggel, 1 tabletta este, illetve 1 tabletta reggel és 2 tabletta este. Hosszan tartó kezelés alatt az adagolás napi 375–750 mg-os határokon belül változtatható, a megfelelő adagokat ugyan-csak naponta kétszer kell beadni.

MELLÉKHATÁSOK: Ritkán gyomorfégés, gyomorfájás, telítettség érzés, enyhe szédülés vagy rosszullét, fejfájás, a gyomor-béltraktusban átmeneti jellegű vérzés. Igen ritkán bőrkiütés, thrombocytopenia.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK

Kerülendő az együttadás

– magnéziumoxid és alumíniumhidroxid tartalmú antacidumokkal (gátolják a Naprosyn felszívódását);

Csak óvatosan adagolható

- orális anticoagulansokkal (anticoagulans hatás fokozódik);
- szulfanilurea típusú antidiabetikumokkal (hypoglykaemia veszélye);
- difenilhidantoinnal (ennek szérumszintjét toxikusig emelheti);
- szulfonamidokkal (ezek toxicitását fokozhatja).

FIGYELMEZTETÉS: Szalicilérzékeny egyéneknél urtikáriát, asztmás rohamot válthat ki.

Tartósabb alkalmazásakor a vérzési idő meghosszabbodását okozhatja.

Gyomor- vagy nyombélfekély esetén, vagy ha a betegen gyulladásgátló gyógyszerek szedése kapcsán már fellépett gyomor- vagy bélvérzés, alkalmazása állandó orvosi ellenőrzést igényel.

Orális anticoagulánsokkal együtt adva a prothrombin időt ellenőrizni kell!

Szulfanilurea típusú antidiabetikumokkal együtt adva az antidiabetikum adagját újra be kell állítani!

MEGJEGYZÉS: ✱ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.

CSOMAGOLÁS: 30 db tabletta 22,- Ft.

FORGALOMBA HOZZA: Alkaloida Vegyészeti Gyár, Tiszavasvári, Syntex licencia alapján.

ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR, TISZAVASVÁRI





Traumatológia

Koponyasérülések — a baleseti osztálytól a boncteremig. Szerkesztési közlemény. *Lancet* 1978, 1, 8064, 589—591.

Nagy-Britanniában évente csaknem egymillió koponyasérültet vesznek fel a kórházak. A baleseti osztályokon a koponyasérültek száma az összes betegeknek kb. 10%-a. Egy ezzel a kérdéssel foglalkozó szimpóziumon megállapították, hogy amennyiben megfelelő röntgenvizsgálat útján gyakrabban kizárható lenne a koponyatörés, akkor a sérültek jelentős részét kockázat nélkül ki lehetne bocsátani.

A koponyasérültek kezelését át kell szervezni. A tapasztalatok szerint az elvesztett eseteknek mintegy felében nem az eredeti sérülés súlyossága volt a döntő, hanem elkerülhető körülmények vezettek halálhoz. Ilyenek voltak az intracranialis haematoma kiürítésének elmulasztása, intracranialis fertőzés nem megfelelően kezelt nyílt koponyasérülések útján, továbbá extracranialis szövődmények (pl. hypoxia, hypotensio) nem kielégítő kezelése. Lényeges haladás várható a computer tomographia elterjedésétől, mely egyes szerzők szerint korábban mutatja ki a koponyaűri vérzést, semmint annak klinikai tünetei jelentkeznek.

A koponyasérültek nagyon megterhelik a kórházi osztályokat. Egy nemzetközi statisztika szerint a súlyos koponyasérülések mortalitása 50%, és a túlélők 25%-a maradandó károsodást szenved, egyesek vegetatív lénygé válnak. Egy japán felmérés szerint egymillió lakosra 25 vegetatív páciens jut és ezek egyharmada koponyatrauma után került ebbe az állapotba. Ezeknek a betegeknek viszonylag hosszú túlélése nagy megterhelést jelent a társadalom és a család számára egyaránt. Ennek megelőzésére a legjobb módszer annak minél korábbi megállapítása, hogy az akut agyi károsodás következménye vegetatív állapot kialakulása lesz, amennyiben a túlélést az intenzív terápia folytatásával sikerülne elérni. Ebben a kérdésben igéretes vizsgálatok folynak a traumás és nem-traumás coma területén.

A korábbinál nagyobb fontosságot kell tulajdonítani az agysérültek rehabilitációja terén a pszichoszociális szempontoknak. Ezek még fontosabbak, mint a fennmaradó fizikális állapot.

A koponyatrauma jobb megértésének egyik akadálya a részletes

neuropathológiai feldolgozás szégyenes volta, aminek oka az, hogy rendszerint hatósági boncolás történik. Ennek során ugyanis felvágják a friss fixálatlan agyat és ezáltal az kevésbé alkalmas szövettani vizsgálatra. Az utóbbi években mégis történtek ilyen vizsgálatok, melyek lényeges klinikopathológiai következtetésekhez vezettek. Ilyen az agytörzsi laesiók kérdése. Az újabb felfogás szerint ugyanis az agysérülés centripetális irányban következik be a trauma nagyságával arányosan. Így legelőször a kéregállomány sérül, súlyosabb esetben pedig a diencephalon, majd a mesencephalon is. Előfordul ugyan elsődleges agytörzsi sérülés is, ezek azonban nem klinikai esetek, mert ilyenkor a halál azonnal bekövetkezik a baleset színhelyén. Az élve kórházba került sérültek agytörzsi sérülése sohasem elsődleges abban az értelemben, hogy izolált volna, hanem mindig az agy más területeinek károsodásához társul. A baleset után gyorsan kialakuló tünetek (kétoldali extensor rigiditas, szemmozgászavarok, vegetatív tünetek) nagy valószínűséggel diffúz fehérállomány károsodásra utalnak. Ha ezek a jelek később alakulnak ki, valószínűleg másodlagos agytörzsi károsodás jött létre a koponyaűri nyomás fokozódása következtében. Az említett megfontolások alapján át kell értékelni a contusio/commissio koncepciót, aminek nemcsak akadémiai jelentősége van, hanem befolyásolja a therapiás tevékenységet is.

Dallos György dr.

Közlekedési gyermekbalesetek. Szerk. közl.: *Dtsch. med. Wschr.* 1978, 103, 1460.

A motorizált közlekedés ugrásszerű növekedése egyre nagyobb követelmények elé állítja az utcán közlekedőket. Az NSZK-ban a gépjárművek száma 1974-től 1975-ig 3,5%-kal, 1975-től 1976-ig 5,3%-kal, és 1976-tól 1977-ig 5,6%-kal, 25,5 millióra emelkedett. A közlekedés fokozódásával a balesetek száma is növekedett. Sajnálatos módon megszorodott a gyermekbalesetek száma is. 1977-ben 523 120 személyt ért utcai baleset, a 15 év alatti gyermekek száma 69 548 (13,3%) volt. A fiúk lényegesen nagyobb számmal (60,9%) szerepeltek, mint a lányok. A halálos gyermekbalesetek száma 1345, sérülés 68 194, ebből 23 627 súlyos, 44 567 könnyű volt. A fiúk balesetszáma mind a halálos, mind a sérültek között jóval meghaladta a lányokét, amiből következik, hogy a

fiúk balesetveszélyesebbek a lányoknál, ami a fiúgyermekek nagyobb aktivitásával és merészségével magyarázható. A legtöbb sérült gyermek kerékpáros vagy gyalogos volt. A kerékpáros balesetek száma 49 067, ebből 15 év alatti gyermek 22 734 (46,3%). 65 676 gyalogos baleset volt, ebből 26 634 (40,6%) gyermek. 69 548 balesetes gyermekből 32,3% gyalogos baleset volt. Ezen számok azt mutatják, hogy mind a kerékpáros (és együttutazó), mind a gyalogjáró gyermekek erősebben veszélyeztetettek, mint a 15 éves, illetve idősebb személyek. A 22 734 kerékpáros balesetes gyermek közül 74% fiú és 26% lány. A gyalog balesetes 26 634 gyermek közül 58,4% volt fiú, tehát itt az arány kedvezőbb, mint a kerékpározás esetén; viszont itt a lányoknak 41,5%-kal magasabb balesetarányuk volt. *iff. Pastinszky István dr.*

Balesetek kétkerekű motoros járműveken. Feldkamp, G. és Heidelberg): *Unfallheilk.* 1977, 80, 1—19.

Míg 1960—1968 között a kétkerekű motoros járművek száma az NSZK-ban $\frac{1}{3}$ -ára csökkent, addig 1968 óta ismét másfélszeresére emelkedett. Különösen megnőtt a könnyű motorizált járművek aránya: ma ezek a főként serdülőkorúak által használt, kis sebességű (80 km alatti) kerékpárok teszik ki valamennyi kétkerekű jármű közel 90%-át. Különösen a mopedek (1,5 Ps, 25 km maximális sebesség) száma emelkedett: 6 év alatt megtízszereződött és ma csaknem felét teszik ki valamennyi motorkerékpárnak. Ennek magyarázata: kerékpárszerűen használhatók, kis sebességük miatt védőruha nélkül, viszonylag olcsók, nincs szükség vezetői igazolványra, divatosak.

A sérülési, ill. halálozási kockázat az elmúlt években nem változott lényegesen. Kétségtelen, hogy a nagy kockázatot a nagy sebességű motorkerékpárok jelentik (különösen az ötszöröse a kis sebességűeknek), de utóbbiak utasainak sérülési és halálozási kockázata is nagyobb, mint a személygépkocsin utazóké. Nagy sebességű motorkerékpáron utazók közül a halottak és sérültek $\frac{3}{4}$ -e, kis sebességű járműveken utazóknál azok fele esik a 15—21 éves korosztályra.

A könnyű járműveket elsősorban fiatalok használják iskolába, munkahelyre, szórakozás céljára, közlekedési tapasztalat nélkül. A többi jármű között haladnak, de útközénél könnyű súlyuk miatt mindig a gyengébbek, ugyanakkor a fiatalok általában többet is kockáztatnak.

A klinikán 1972-ben ijesztően megnőtt a moped-balesetek száma. Ezért egyrészt retrospektíve vizsgálták meg az 1968—1971 évek 287 sérültjének dokumentációját, más-

részt megvizsgálták és prospektive követni igyekeztek 180 ilyen sérültjük sorsát. Ez 124 esetben sikerült.

Összesen a 467 sérült közül 429 (92%) volt férfi, minden 10. sérült volt utas. A 16–25 évesek aránya 1968-tól 1974-ig 58%-ról 78%-ra emelkedett. Míg a motorkerékpárokat az esetek 1/3-ában, a könnyű járműveket az esetek 3/4-ében használták a munkahely megközelítésére. A baleseteknek közel fele városban történt, leggyakoribb időszak a nyári-kora őszi hónapok. A balesetekben dominált a rövid ideje vezetők, illetve rövid ideje használt járművek aránya. A megkérdezettek 61%-ának véleménye szerint a baleset saját hibájukból következett be. A baleset oka 41,2%-ban más járművel való ütközés volt.

Leggyakrabban az alsó végtag (285 eset) és a fej (234 eset) sérült. A 133 felső végtag sérülés mellett az egyéb testtájak sérülése testtájanként nem érte el az 50 esetet. 39 sérültjük vesztették el (8%). A terület adatai szerint 1972–1974 között 944 motorbalesetes sérült közül 9 a helyszínen halt meg. Egyes sérüléstípusok gyakoriságának elemzése után kitérnek a védőöltözet jelentőségére és ki-mutatják, hogy anyagukban a védőöltözet felével csökkentette az életveszélyes és 1/3-ával a nyílt törések arányát. 9 halálos koponya-sérült közül csak 2 viselt bukósisakot. Anyagukban a sérült járművének sebessége nem játszott szerepet a sérülés súlyosságában.

Javasolják, hogy a kötelező védőruházatot a kis sebességű motoros járművek vezetőire és utasaira is terjesszék ki.

Kazár György dr.

367 lovasbaleset elemzése. Dittmer, H. J. Wübbena (Heidelberg Általános Kórház I. seb. oszt. Hamburg): Unfallheilk. 1977, 80, 21–26.

25 év alatt a lovasbalesetek száma — hasonlóan Angliához és Svédországhoz — az NSZK-ban több mint négyszeresére emelkedett, bár az összes sportbalesetek száma csak 11%-kal nőtt. Ez a lovasok számának emelkedésével függ össze. A kórházukba került 367 lovassérült 2/3-a nő volt, ezek többsége 30 évesnél fiatalabb volt. A sérültek közül 85 került kórházi felvételre. A súlyosabb sérülés általában a test felső felét éri: 21% alkar, 20% könyök-felkar-váll, 10% vállövi törés. Koponya-agysérülés 13% volt, gerincsérülés 10%.

A balesetek gyakorisága a korrall és tapasztalattal csökken, a sérülteknek több mint a fele kezdő volt, ezek sérülése is súlyosabb. A balesetek többsége a lovas vagy oktatója hibájából következett be. A szerzők rámutatnak a biztonsági felszerelés (feszés sapka, kioldó-

dó kengyel) használata mellett a megfelelő oktatók és oktatás fontosságára a balesetek megelőzése szempontjából.

Kazár György dr.

Végtagsérülések a polytrauma keretében. Buchert, Ch. (Versorgungskrankenhaus mit Kurabteilung, Bad Tölz.): Unfallheilk. 1977, 80, 31–35.

A szerző a polytrauma fogalmában Szántó Gy. meghatározásából indul ki (új minőség), de rámutat, hogy a sérüléstípustól, szállítási lehetőségektől és a kórház adottságaitól függően a polytrauma halálózása lényegesen eltérő lehet. Anyagukban a 200 polytraumatizált 34%-a csak végtagsérült volt, akik közül összesen 1 sérült vesztette el. A férfiak voltak túlsúlyban (129 eset), életkor szerint a 2. és 3. évtized dominált. A baleseteknek közel 2/3-a volt közlekedési, a többi eléggé egyenletesen oszlott meg a házi-, játék-, az ipari és hegyi balesetek között. A közlekedési balesetek fele személygépkocsin utazót ért, a többiek 3/5-e gyalogost, 2/5-e kétkerekű járművön utazót.

Míg a polytraumatizáltak 1/3-ának csupán végtagsérülése volt, addig a végtagsérülés nélküli esetek aránya mindössze 5%. A második leggyakoribb változat a koponya — végtagsérülés volt, az esetek több mint 1/4-ében. A 200 sérültön 402 törés fordult elő, ebből 71 volt nyílt. A sérültek többségének két végtagon volt törése.

A 402 törés közül 100 került synthesisre, többségük a 9–17. nap között, 27 sérültet vesztettek el (13,5%), közülük tizet shockban. Eredményeik alapján általában állást foglalnak a primer osteosynthesis ellen, shockban csak a nagyértörésekből eredő csillapíthatatlan vérzés jelent abszolút műtői javallatot. Viszonylagos sürgősséget jelent a végtagokon: ficamok és nagymértékű törésdislocatiók repositója, nyílt ízületi sérülések, súlyos nyílt törések, érsérülések, súlyos kézsérülések ellátása. A polytraumatizált törését primeren konzervatívan kell ellátni, s mivel ez az esetek többségében végleges, a helyes konzervatív ellátásra különös gondot kell fordítani. Bár anyagukban az átlagos ápolási idő hosszabb, mint az AO közölt adataiban, az alacsony fertőzési (1,2%) és álzület (2,2%) arány alapján kezelési eljárásukat helyesnek ítélik.

Kazár György dr.

A combnyaktörés műtői kezelésének 75 éve. 1000 eset tapasztalata. Rinecker, H., L. Ilge, H.-H. Springer. (München, Sebészeti Klinika, Isatalstr. 82.): Münch. Med. Wschr. 1978, 120, 789–794.

A szerzők szerint a combnyaktörés a század elején még a

természetes öregkori halálózásnak egyik módját jelentette, melyen a konzervatív kezelés keveset változtatott. Ezért vált intézetükben a műtői töréskezelés abszolút indikáciává. Előbb Smith—Petersen-szeget használtak rászertelt lemezzel, majd a Pugh-féle teleszkópos szeget, mellyel lényegesen kevesebb szövödményük volt. 1972 óta az összes esetek 37,5%-át kivevő medialis combnyaktörésben 65 év felett totalprotézist alkalmaznak (csak rövid várható élettartam esetén végzik a hemiarthroplastikát). Pertrochanterikus törés egyes esetekben szögletlemez, illetve osteoplastikus (csontcement vagy autospontios) műtétet végeznek. A 25 év alatt a műtétek száma — az idős korúak arányának megfelelően — többszörösére emelkedett, a betegeknek csak alig 1%-át nem operálták meg (?). Az operáltak 84%-a volt 60 éves vagy idősebb.

Fejlődést jelentett a televíziós képerősítő, de változott az anaesthesia is. (Előbb halothan, majd neuroleptanalgesia intubációval, ill. spinális érzéstelenítés). Alapvetően rövid előkészítéssel, a 48 órán belüli korai műtét hívei. Az azonnali műtéttel lényegesen magasabb volt a halálózásuk: az első 24 órában operáltak közül minden 3., a másodikban minden 6., a harmadikban minden 9. sérültjük vesztették el. Igen gondos a műtői előkészítésük, melyet beszállításkor kezdenek el. Zsilipes műtőt használnak laminaris áramlású klímaberendezéssel. A sebet antibiotikumos sóoldattal öblítik, fel szívódó varróanyagot használnak.

A sérültek intenzív ápolását igen fontosnak tartják, keringési és tudószövödmény esetén a beteg az intenzív osztályra kerül. Nagy gondot fordítanak a thrombosis megelőzésére is, melynek rendszerét kidolgozták. Átlagos letalitásuk 19%, amely az irodalomból ismert, életkor szerinti, nagyfokú aránytalanságot mutatja. (40 és 59 év között 6%, 60–79 év között 12%, 80 év felett 37%).

A halálózás nem függött össze az alkalmazott műtői módszerrel, az anaesthesia változtatásának jelentőségét sem észlelték a letalitás szempontjából. Az „ultraintenzív” kezelés sem csökkenti lényegesen a halálózást, de a halálesseteknek csak 1/3-a következett be 10 napon belül. A szerzők összeállították a műtői szövödmények gyakoriságát: igen alacsony a septikus szövödmény (0,9% osteomyelitis, 1,8% másodlagos sebgőgyulás). A többi szövödmény gyakoriságának értékelésére nincs lehetőség, mert a százalékokat nem töréstípus szerint közlik. Az esetek 2/3-a tompotörési, s azt sem közlik, hogy a medialis combnyaktörések közül mennyit szegeztek SP szerint, mennyit Pugh szerint és mennyit a primer arthroplastica. Így az 1000 esetre 3,3% combfej-necrosis, 1,8% álzület, 5,1% szeg-

protrusio nem értékelhető adatok. 8,1%-ot reoperáltak, de a közlemény nem szól késői kontroll vizsgálatokról így nem állapítható meg az sem, hogy ezek valamennyi szövödményes sérült hány %-át képezik.

A szerzők végül megállapítják, hogy a műtėti kezelés funkcionális eredménye megnyugtató, a problémát a magas halálozás jelenti.

[Ref.: A közlemény inkább a töréskezelés fejlődése szempontjából érdekes, mintsem általános következtetések levonására alkalmas. (Az Országos Traumatológiai Intézetben 2 év alatt végeztek 1000 ilyen műtétet.) Munkájuk mégis kiemelkedő egy szempontból: a sérülteket a felvételtől kezdve igen gondos előkészítésben részesítik, a műtėti fertőzést és az általános szövödményeket a korszerű sebészet rendelkezésére álló eszközökkel igyekeznek megelőzni és kezelni; szövödmény esetén az intenzív betegellátó osztályt is igénybe veszik. Ennek eredménye, hogy bár a műtėti kezelés megközelíti az esetek 100%-át, kórházi halálozásuk az irodalmi adatok alsó határán van. A közlemény ugyanakkor a sebészeti osztály ellátásának korlátaira is rámutat. Hiányos töréspathológiai és biomechanikai ismeretekkel a combnyak társék kezelésének egyetlen problémáját a magas letalitásban látják, s a gyógyulási eredmények ellenőrzése nélkül állapítják meg, hogy a műtét funkcionális eredménye megnyugtató. (Itt valószínűleg irodalmi ismereteik hiányosak, legalábbis erre mutat, hogy szerény számú irodalmi hivatkozásaikból is hiányoznak az orthopaed-traumatológiai közlések.) 1000 eset értékelésekor a statisztikai elemzés szabályait is helyesebben kellene alkalmazni. Táblázataikban csak százalékokat hasonlítottak össze az abszolút számok közlése nélkül. Ilyen esetben pedig amikor az életkor, töréstípus, általános állapot, műtét típusa, a betegeknek az egyes kategóriákba történő kiválasztása (pl. milyen beteg mikor operálnak) döntő mértékben módosítja az eredményt, az ilyen globális értékelés nagymértékben félrevezető lehet.]

Kazár György dr.

A lapockatörések konzervatív vagy műtėti kezelése. J. Müller-Färber (Chir. Klin. Polyklin. Berufsgenoss. Krankenhaus. Bergmannsheil, Bochum.): Unfallchirurgie, 1976, 79, 295—303.

A lapockatörések az összes törések $\frac{1}{2}$ — $\frac{2}{3}$ -át képezik. Általában ma is a konzervatív kezelést ajánlják, de a nyak törése, valamint vápa törés esetén egyesek a műtét mellett foglalnak állást, annak ellenére, hogy a vállízület kevésbé hajlamos arthrosissra, mint más ízületek. Megvizsgálták az intézményükben 9 év alatt konzerva-

tívan kezelt lapockatörések késői eredményét annak tisztázására, hogy milyen esetben nem kielégítő a konzervatív kezelés.

1966—1975-ben 65 lapockatörést kezeltek, közülük 48-at tudtak utánvizsgálni. A sérültek túlnyomó többsége (41) volt 20—60 év között. 34 volt munkabaleset, 11 közlekedési és 3 sportbaleset. 36 ízben voltak kísérő sérülések: leggyakrabban borda (21) és gerinc (9) törés. A lapockatörés általában másodlagos jelentőségű volt.

A konzervatív kezelés rövid idejű rögzítés után funkcionális kezelésből állt. A lapos és az izmok közé jól beágyazott lapocka másodlagos dislocatióval szemben védett. Jónak minősítették az eredményt, ha a gyógyulás teljes volt, ha a mozgáskorlátozottság nem érte el a 15%-ot a másik oldalhoz képest. Kielégítő volt az eredmény, ha a sérült vállát még a vízszintes fölé tudta emelni. Leggyakrabban a corpus törött. (27 eset). A gyógyulása 21 ízben jó, 5-ben kielégítő eredményű volt. A 18 nyaktörésből 13 jól, 4 kielégítően gyógyult. A két csoportban az egy-egy nem kielégítő eredmény egyéb károsodások (plexus-bénulás, súlyos arthrosis) következménye volt. Jó volt annak a 4 nyaktörésnek az eredménye is, amelyben a dislocatio jelentős volt. A törés 3 ízben terjedt a vápára. Egy lépcsőképződés nélküli törés jó funkcionális eredménnyel gyógyult, két ízben a vápafenék jelentősebb dislocatiója következett be, ezek közül egyikben sem volt rossz az eredmény.

Az eredmények alapján továbbra is a konzervatív kezelést tartják választandó eljárásnak. Csupán a vápafenék dislocált törésében mérülhet fel műtėti kezelés javallata.

Kazár György dr.

Drótvándorlás okozta szövödmények a clavícula Kirschner-dróttal való rögzítése után. H. Grauthoff, H. L. Klammer (Radiologische und Orthopädische Universitätsklinik Bonn): Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin 1978, 128, 591—594.

A kulcsonttörések legnagyobb része különösebb rögzítés nélkül közismerten meggyógyul. Néha azonban szükséges a műtėti rögzítés, főként luxatiók, ér- és idegszövödmények esetén. A rögzítés mikéntje és alkalmazásának gyakorisága az ellátó sebész felfogásától, tapasztalatától és egyéni gyakorlatától függ. Gyakori módszer a Kirschner-drót befúrásával való rögzítés. A claviculába fúrt drót azonban hajlamos távoli régiókba is elvándorolni, még az orbitába vándorlásáról is beszámoltak már.

A szerzők 5 saját esetüket ismertetik, melyekben a drót a me-

diastinumba, tüdőbe, a mellüreg felé, a felkar bőre irányába vándorolt, egy esetben pedig az aorta ascendensbe hatolt. Utóbbi esetben a drótrögzítés sterno-claviculáris luxatio miatt történt. A drót eltávolítása és az aneurysma megoldása céljából 4 héttel később végzett műtét után a beteg meghalt. Tehát a Kirschner-drót rögzítésnek halálos szövödménye volt.

A drótvándorlás megelőzésére, a súlyos szövödmények megakadályozására a szerzők a következő rendszabályokat ajánlják: 1. A Kirschner-drótot végét kampósbot alakban vissza kell hajlítani. 2. A vállövet abductiós gipszben vagy Desault kötésben nyugalomba kell helyezni. 3. A drót helyzetét hetenként ellenőrizni kell. 4. A drótot minél előbb, általában 6 hét múlva el kell távolítani.

Laczay András dr.

A rekeszszakadás, egy egyre növekvő jelentőségű probléma. Pedreschie, J. E. (Lungenklinik der Städt. Krankenanstalt Köln-Merheim): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1977, 31, 994—999.

A közlekedési és az üzemi balesetek szaporodásával a rekeszszakadás jelentősége egyre fokozódik. Sajnos ritkán kórismezik korán, mert tünetei nem specifikusak. Súlyos balesethez mintegy 4%-ban társul. Rendszerint indirekt rekeszszakadásról van szó. Mivel a jobb oldalon a máj védi a rekeszt, gyakoribb a bal oldali rekeszsérülés. Leggyakrabban a centrum tendineum reped meg. Heveny esetben a bal oldali rekeszszakadás röntgenvizsgálattal aránylag könnyen felismerhető, a jobb oldali rekeszsérülésre gyakran a haemothorax tereli a gyanút. Idült esetben a rekeszsérülés gyomorbél passage vagy scintigraphiás vizsgálattal ismerhető fel, amikor is azonnal műtétet kell végezni az incarceration vagy az ileus veszélye miatt. A sérülést kétréteges varrattal kell ellátni. Régi szakadás esetén lyophilizett durával kell a rekeszhiányt pótolni. Heveny esetben a hasi szervek sérülése, esetleges lépszakadás miatt műtétkor a hasi behatolás ajánlatos, mellkasi behatolás csak a tüdő sérülése esetén indokolt. Idült esetben az összenövések felszabadítása érdekében jobb a mellkasi behatolás, jobb oldali sérülés esetén viszont mind a heveny, mind az idült szakban a mellkasi vagy a mellkasi-hasi behatolás ajánlatos.

Négy beteg kórleírását közli. Az elsőnek autóbaleset kapcsán eltört a bal combcsontja és a bal mellkasa zúzódást szenvedett. 3 év múlva a panaszmentes betegen kórismézték a rekeszsérvet. A műtét alkalmával a gyomrot, a nagycsepleszt és a lépet a bal

mellkas alsó részén találták. Ezek visszahelyezése után a rekesz sérülését elvarrták. A második beteg autóbaleset után állkapocs és bal oldali bordatöréssel került a kórházba. A panaszmentes betegen 9 év múlva megállapították, hogy a bal rekesz magasabban állott, a vékonybelek és a vastagbél bal oldali része a bal mellkas alsó felében voltak. A hasi szervek visszahelyezése és a centrum tendineum elvarrása után a beteg légzés-funkciója is normális lett. A harmadik betegnek 1944-ben kézi gránát robbanás érte a bal karját és mellkasát. 30 évvel később a beteg panaszmentes volt. A röntgenvizsgálatkor a jobb rekesz magasabban állott. A műtétkor a jobb cseplesz gyermekököllyi része a rekeszen át bedomborodott a jobb mellkas alsó felébe. A cseplesz részresectiója és a hasüregbe való visszahelyezése után a rekeszt levarrták. A beteg meggyógyult. A negyedik beteg autóbaleset kapcsán a fején és a csípőjén sérült meg. 3 év múlva panaszmentes volt. Röntgenvizsgálatkor a jobb rekesz gyermekfeji nagyságban bedomborodott a jobb alsó mellkasfelébe. A máj visszahelyezése után a beteg meggyógyult.

Pongor Ferenc dr.

Szív- és keringési betegségek

A systolés zöreje — „ártatlan” vagy „bűnös”? Tavel, M. E. (Department of Medicine, Indiana University School of Medicine, 1110 West Michigan Street, Indianapolis, Indiana 46202): Am. J. Cardiology, 1977, 39, 757.

Az orvos gyakran kényszerül arra, hogy meghatározza, hogy az adott systolés zöreje (syst. z.) organikus szívbetegség jele vagy normális kardiális funkcióé. Gyakran vonakodik kimondani a betegség hiány diagnózisát, mielőtt a non invasiv és invasiv vizsgálatok sorát el nem végezte. De az esetek többségében el lehet különíteni a jelentős és jelentéktelen z.-t egymástól egyszerű fizikális, standard EKG- és rtg-vizsgálatokkal. Az esetek kisebb részében, egyes non invasiv vizsgálatokkal erősíthető meg a diagnózis. Ritkán kell szívkatéterezéshez fordulni, ha egyáltalán szükség is volna rá.

Először meg kell vizsgálni az ún. ártatlan szívzöreje természetét, azután el kell különíteni az egyéb z.-ektól. Ez a z. normális cardiovascularis rendszerben normális pihenő állapotban keletkezik. Minden korban, főleg azonban fiatalokban hallható. Régebben ezeket art. pulmonalis eredetűnek tartották, de a legújabb intravascularis vizsgálatok szerint az aortában keletkező örvénylések okozzák, a kamrából kilövellő vér sebessége révén; ezek crescendo-decrescendo jellegűek. Mivel nor-

málisan a vér ejectiója a korai kamrai systolében történik, ez az ejectió z. rövid, korán éri el az intenzitás maximumát és jóval a 2. hang előtt végződik, sem nem érdes, sem nem fúvó karakterű és ritkán hangos (rendszerint nem éri el a 3/6 erősséget). Leginkább a bal pst. II—III.-ban hallható, de gyakran más területen is, mint pl. a szívcsúcson és a nyak alsó részén. Általában csökken Valsalva manőverrel vagy ülő helyzetben (az ejectió sebesség csökkenése miatt) és nem társul más, szívbetegségre utaló jelekkel, mint pl. a 2. hang széles hasadtsága, ejectió hang, diastolés z. vagy cardiomegalia.

Az ún. „pengő húr” vagy „vibrációs”, zenei jellegű z. (Still-f. z.) főleg a gyermekkorban fordul elő, valószínűleg a syst. ejectió z. variánsa. Intenzitása hasonló, de rendszerint a középső és alsó bal pst.-ben hallható. Az újabb kutatások szerint szintén az aorta kiáramlási pályájából származik. Rendszerint eltűnik a pubertásban. Egy másik hasonló rövid z. a nyak felett hallható, minden korban, főleg azonban gyermekekben; valószínűleg az a. anonyma vagy a carotisok elágazásánál, az átmérő változása miatt jön létre.

„Funkcionális zöreje.” A „funkcionális” vagy „áramlási” z. elnevezést használják az ártatlan z. és az olyan ejectió z. meghatározására, amelyet a normális aorta vagy pulmonális billentyűkön fokozott sebességgel áramló vér hoz létre, különböző patológiás vagy fiziológias ok következményeként. Lehet hallani lázas állapotban vagy anaemiában, terhelés alatt vagy nagyobb verőterfoggal járó állapotokban (bradycardia vagy teljes pitvar-kamrai block). Ha a verőterfogat csak az egyik kamrában fokozott, mint a bal kamrában aorta insufficienciában, a jobb kamrában pitvari septum defectusban, akkor éppúgy „funkcionális” z. jön létre, mint a fenti állapotokban. Más kategóriába tartozik pl. a z., ha az aorta vagy pulmonalis billentyű után az ér tagult, ezt valószínűleg az átmérő hirtelen változása miatt fellépett örvénylés okozza. Ez magyarázza az idősebbek vagy a hypertóniások funkcionális z.-ét is. A funkcionális z. meghatározás vonatkozik minden syst. z.-re, mely a nem stenotikus pulmonalis vagy aorta kiáramlási pályájában jön létre, akár betegség, akár más, fiziológias állapotváltozás következtében. Ezeknek az alakja, intenzitása, elhelyezkedése általában hasonló az említett ártatlan z.-ekéhez.

Az ártatlan zörejek eldifferenciálása azoktól, melyeket a szívben vagy nagyerekben levő organikus elváltozás okoz. Ezeknek a legnagyobb jelentősége a terápiás beavatkozás szempontjából van, pl. kizárni, vagy bizonyítani a pitvari septum defectusok jelenlétét, amely már a felfedezés időpontjában vagy

később sebészi megoldást igényelhet, de amelyre nincs szükség kiskorú pulmonális stenosisban, csak akkor, ha közepes vagy nagyobb fokú.

Az észlelt z.-t először bizonyos kategóriába kell besorolni; *Leatham* 1955-ben javasolta a „mid-syst. ejectió” vagy „pansyst. regurgitációs” beosztást. Ha valaki az utóbbit hallja (vagy a késő syst. variáns), biztos lehet benne, hogy organikus elváltozás van jelen, mitralis vagy tricuspidalis regurgitáció vagy kamrai septum defectus. Ha a z. kategóriája nem világos, PKG-t kell készíteni. Néha, kis musc. típusú VSD korai decrescendo syst. z.-t okoz, mely a 2. hang előtt véget ér és hasonló lehet az ártatlan szívz.-hez; ez a z. inkább a b. alsó pst.-ben hallható és hangosabb, mint az ejectió syst. z.

Ha a vizsgáló ejectió típusú syst. z.-t észlel, ki kell zárnia mindenféle ezt okozó állapotot (láz, anaemia), annak eldöntésére, hogy ez nem aorta vagy pulmonalis stenosis, vagy ASD, hanem ártatlan z.

Valvularis aorta stenosis. Enyhe fokú stenosisban, melyben rövid korai eject. syst. z. hallható, a z. esetleg összetéveszthető az ártatlan z.-vel. Ebben a vitumban majdnem mindig hallható rövid eject. hang (klick), 40 éves kor alatt. A stenosis fokozódásával a z. mind hangosabb és hosszabb lesz, maximuma is később jelentkezik, ezt hallgatózással és PKG-val is észlelni lehet. A z. erőssége 3/6 felett van, surranás is tapintható és kifejezettebben hallható a b. pst. II.-ben és a nyakon is. Idősebb betegekben a billentyű rendszerint meszes, az ejectió hang eltűnik, de a diagnózist könnyebben megerősítheti az echocardiographia vagy a rtg. Katéterezés akkor szükséges, ha a dg.-t felállították, de a stenosis fokát is tudni akarják. (Egyszerű vizsgáló eszközökkel a dg.-hoz közelebb visz, hogy eject. hang (klick) hallható a csúcs felett, azonkívül a vérnyomás amplitúdó kisebb és a syst. érték is alacsonyabb a normálisnál. Diagnosztikus problémát az okoz, ha fennáll az aorta ascendens dilatációja, de a halk klicken és syst. z.-en kívül más, vitiumra utaló jel nem mutatkozik (Ref.)

Subvalvularis aorta stenosis. Az idiopathiás hypertrophiás subaortikus stenosis z.-e rendszerint hosszabb és a legkifejezettebb inkább midsyst.-an, mint a korai syst.-ban, ez már organikus eredetre utal. Az a tapasztalat, mivel leginkább a b. alsó pst.-ben és a csúcson hallható, hogy mitralis insufficienciának vélik. Azonban a stenosis zöreje erősödik Valsalva manőverrel és álló helyzetben, csökken hirtelen guggolásra, míg ártatlan z. ellenkezőképpen viselkedik. PKG és echocardiographia megerősítheti a dg.-t.

Fixált subvalv. aorta stenosis hasonló z.-t hozhat létre, mint a

valv. stenosis, bár inkább a praecordium felett lejjebb hallható. Bár hiányzik az eject. hang, minimális sten. okozhat az ártatlan z.-hez hasonló hangjelenséget. Ennek a ritka, de kiskokú sten.-nak fel nem ismerése nem jelent veszélyt a beteg számára. Természetesen a nagyobb gradiensű sten.-ban a z. hosszabbodása már felveti az organikus elváltozás jelenlétét. Ez és a suprav. stenosis is kimutatható echocardiographia segítségével.

Pulmonalis stenosis. Enyhé fokú valvularis pulm. sten. is okozhat korai rövid eject. syst. z.-t, mint az ártatlan syst. z. A rendszerint jelenlevő eject. hang (klikk), mely belégzésre halkul, bizonyítja a szívelváltozás jelenlétét. A legenyhébb fokú pulm. sten. kivételével, a II. hang szélesen hasadt, a z. hosszú, ez elkülöníti az ártatlan z.-tól. Subvalv. sten.-ban hiányzik az eject. hang, de csak jelentéktelen sten.-ban rövid a z., hasonlóan az ártatlan z.-hez. Mindkét fajta sten. jelenlétét és fokát megmutatja a PKG; az EKG is segítségre lehet, nagyobb fokú sten.-ban az R/S hányados a V_1 -ben meghaladja az 1-et és az S-hullámok kifejezettek a V_6 -ban. Normális EKG kizárja a nagyobb fokú sten.-t. Az echocardiogr. is igazolja a dg.-t, sőt a valv. vagy subvalv. sten. abnormális mozgását is kimutatja.

Pitvari septum defectus. Ez a vitium okozza a leggyakoribb tévedést az ártatlan z.-ek differenciáldiagnózisában. Azonban a defectusban a 2. hang rendszerint szélesen és fixáltan kettőzött, bár ez néha egészséges gyermekekben és fiatal felnőttekben is megtalálható. Rtg sem elegendő sokszor a vitium eldöntéséhez. EKG sokszor segítséget nyújt, általában RSR'-complexus van a j. praecordialis elvezetésekben. Csak az esetek 70%-ában hiányzik ez a jel, ahol egészen kicsi a shunt. Azonban ez néha egészséges egyénekben is megtalálható. A szerző szerint itt is a legnagyobb segítség az echocardiogr., mely a j. kamra átmérőjének megnövekedését és abnormális septum mozgást mutat. Ennek hiánya kizárja a nagyobb fokú ASD jelenlétét. Ennek a vizsgálatnak a segítségével az utolsó 5 évben nem került katéterezésre tévesen pozitív eset a szerzők anyagában.

Péntek Erzsébet dr.

A beteg sinuscsomó. Gattenlöhner, W., Wiesmann, B.: Med. Klin. 1977, 72, 427—434.

A „sick sinus” kifejezés Lown-tól származik és magában foglalja a „sinuscsomó” és/vagy a sinuatrialis átvezetés zavart működését. Először Ferrer foglalta össze 1968-ban a „sick sinus syndrome” fogalma alatt a sinuatrialis funkció zavarait egy egységes körképpé.

Aetiológia: A „beteg sinuscsomó” szindróma (BSS) az esetek zö-

mében progrediálisan lefolyó megbetegedés. Familiaris halmozódás mellett kiváltásában még más betegségek is szóba kerülnek. A sinuscsomó-funkció rendellenessége általában az idősebb korosztály megbetegedése. A Blömer és mtsai által készített statisztikában a 60 év felettiiek részaránya 60%-ot tett ki. A prognózis hasonló az egyéb alapbetegségek prognózisához, melyek av. zavarral járnak.

A BSS gyakoriságával kapcsolatban sajnos csak kevés értékelhető számadatot ismerünk, pl. Bleifeld intenzív osztályon a betegek 1,5%-án észlelte.

Tünetek: Rubenstein és mtsai szerint az alapvető tünetek a szédülés és synkope rohamok. Emellett azonban meg kell említeni, hogy a BSS sinusbradycardiaként hosszú éveken keresztül teljesen tünetmentesen is fennállhat. Amíg Rubinstein betegeinek 25%-át jelöli meg tünetmentesként, addig Blömer panaszmentes betegeinek részarányát csupán 5%-ban adja meg. A betegek 40—70%-án Adams—Stokes-rohamokat észleltek, ami elsősorban azokat a betegeket érintette, akiknél a BSS tachycardia-bradycardia-szindrómaként jelentkezett. Ez esetben az Adams—Stokes-rohamok a tachycardia-fázisnak a bradycardia-fázisba való átsapása esetén léptek fel. A szívelégtelenség elsődleges tünetként alárendelt szerepet játszik. A sinusbradycardia gyakran az első figyelmeztető jel a sinuscsomó megbetegedésére. Blömer és mtsai beteganyagában 63 beteg közül 59-ben (94%) volt sinusbradycardia minden esetben, s mintegy 78%-ban másfajta ritmuszavarokkal is kombinálva. A sinusbradycardia egyedül önmagában, csupán 16%-ban jelentkezett. A leggyakoribb komplikációt a sinusbradycardia és a hirtelen tachycardia, pitvarfibrillatio és flutter kombinációja jelenti. Ez olyan rendkívül veszélyes asztaliához vezethet, amely szükségessé teszi az időszaki vagy esetleg a folyamatos elektrostimulációt.

A BSS-t így lehetne összefoglalni: az igen sokszor fellépő sinusbradycardia mellett még fellelhető a pótritmus, a sinuscsomó leállás, valamint az intermittáló SA-blokk. Az említett betegségre utalnak továbbá a sinusbradycardiák és sinuatrialis blokk közötti váltás, valamint a hirtelen tachyritmusok. A permanens-bradycardia és a nem gyógyszer által kiváltott pitvarfibrillatio is felkeltheti a gyanút.

Diagnosztika. Nyugalmi EKG. Amennyiben a nyugalmi EKG-ban súlyos sinusbradycardiát látunk, akkor számolnunk kell a BSS-sel. Különösen abban az esetben, ha a beteg kórtörténetében synkopés rohamok szerepelnek. Ismeretes, hogy a kiszélesedett, formájában és vektorában változó csipkék jelentik az első vészjelzést.

„Hosszú szalagtáras EKG”. A legalkalmasabb arra, hogy a ritmuszavarokat regisztrálja. Azzal az előnnyel jár, hogy az éjszakai órákban lecsökkenő sinusfrekvenciák következtében fellépő ritmuszavarokat is regisztrálja.

Terheléses EKG. A BSS tekintetében csak alárendelt szerepet játszik, mert egyrészt a terhelésnek meg nem felelő frekvencia-növekedés nem feltétlenül fejezi ki a sinuscsomó-funkcióban bekövetkezett zavarokat, másrészt pedig a kerékpár-ergometer okozta megterhelés idősebb embereken más okok miatt is problematikusá válhat.

Atropin teszt. A sinuscsomó-funkció zavarait sok esetben ki tudjuk mutatni atropin segítségével, az egyenlőtlen frekvencia-növekedés révén. 0,5—2,0 mg atropin iv. adásával általában mintegy 60%-kal emelkedik a frekvencia-növekedés bázisértéke. Az atropin befecskendezése után 25%-kal alacsonyabb értékű frekvenciafelütás már jelzi a sinuscsomó-funkcióban bekövetkezett zavarokat. Ezt a százalék adatot azonban nem tekinthetjük feltétlenül megbízhatónak. Egészeiben tekintve mégis előnyben kellene részesítenünk az atropin-tesztet a kerékpár-ergométerrel történő terheléses EKG-val szemben. Az atropin teszt találati valószínűsége 55%-os.

Pitvarstimuláció a sinuscsomó regenerációs időszakának meghatározásával. Egy karvánán keresztül bipoláris stimulációs katódter vezetünk be a jobb pitvarba. Amennyiben a katóder megfelelő módon helyezkedett el, akkor az intraatrialis EKG-n bifázisos pitvar-potenciálokra kell megjelenniük. A sinuscsomónak mesterségesen előállított túlnövelt frekvenciáit egy automatizmusban elnyomhatjuk.

Terápia. A BSS-t vagy gyógyszeresen, vagy elektroterápiával gyógyíthatjuk. A bradycardia-típus esetén elsősorban atropin kínálkozik, de szimpatikomimetikusan ható anyagok is szóba jöhetnek. Ezen gyógyszerekből nagy dózisok szükségesek, ezért ezt a terápiát az igen gyakran fellépő mellékhatások miatt hosszabb időszakon keresztül nem alkalmazhatjuk. Tachycardia-bradycardia esetén nem ajánlatos ezen gyógyszerket, adni, mivel bizonyos esetekben fokozódhat a tachycardia.

Az antiarhythmikumokat — mint pl. chinidint, bétablokkolókat vagy diphenylhydantoint — sem alkalmazhatjuk veszélytelenül, mivel ezek a tachycardia-fázisok elnyomása céljából adott gyógyszerek depresszív módon hatnak a „sinuscsomó-automatizmusra”: még fokozhatják a bradycardiát, és akár Adams—Stokes-rohamokat válthatnak ki.

A digitális alkalmazásával kapcsolatban megoszlanak a vélemények. Éppen a bradycardia-szindróma betegek esetén játszhatnak döntő szerepet a digitális glykozi-

dok. Ne alkalmazzuk azonban a digitalist túl korán és főleg ne tápláljunk vele szemben túlzott mennyeket.

A BSS fennállása esetén a legfőbb gyógyászati eljárás a ritmus-szabályozó implantálása. Az esetek többségében éppen ezzel teremtjük meg a hatásos és veszélytelen kiegészítő antiaritmikus terápiát. *Seppel* és mtsai szerint a BSS esetén a pacemaker terápia akkor ajánlatos, ha: 1. bradycardiával kapcsolatos synkope rohamok, vagy szélsőségesen hosszú pulzus, vagy kihagyásos asystolia jelentkeznek, 2. a „sinuscsomó-regenerációs-időszak” meghosszabbodik, 3. kifejezett, a normális mértéket túllépő bradycardia lép fel, 4. progrediáló szívelégtelenség áll fenn, 5. egy kifejezett bradycardia-tachycardia szindrómával állunk szemben.

Gyakran már a ventricularis stimuláció segítségével is elérhetjük a tachycardia megszűnését.

† *Strausz Pál dr.*

A digitalis okozta EKG eltérések jelentősége. Lehmann, H. U., Janitzki, S., Hochrein, H. (III. Med. Klinik des Rudolf-Virchow-Krankenhaus 1000 Berlin 65, Augustenburger Platz 1): *Deutsch. Med. Wschr.* 1977, 102, 1335–1341.

Ismeretes, hogy a digitalis nemcsak toxikus, de terápiás adagban is hozhat létre EKG elváltozásokat. Miután ez az általános felfogás szerint digitalis-hatás, nem vélnék összefüggést az esetleges ugyanakkor fennálló coronaria insufficienciával. Az utóbbi évek klinikai és pathofiziológiai vizsgálatai azonban fentebbiekkel nincsenek összhangban. Feltűnt, hogy a latens coronaria elégtelenség tünetei erősbödnének digitalis hatására, és hogy a kezelés alatt létrejövő repolarisációs zavarok kifejezettebbek ún. „coronariás” betegeken, mint az ilyen betegségben nem szenvedőkön.

Ezek előbocsátása után a szerzők részletezik vizsgálati eredményeiket. 13 egészséges személy adatait hasonlítják össze 13 „coronariás” beteg és 5 főből álló kontroll csoport paramétereivel. Ezen utóbbiak: frekvencia, tensio, P-Q tartam, ST-T változás, fájdalomtolerancia. Objektíválásra a bal praecordialis summátíót használják (E-ST-V-4–6-ig; E-R-V-4–6ig). Az egészségesek csoportja átlag 20 évvel fiatalabb, mint az ún. „coronariás” betegek átlagkora, ezzel szemben a terhelés előbbiekénél 142.7 ± 57.1 W, utóbbiaknál 105.0 ± 44.60 . A terhelés kerékpár-ergométerrel történik úgy, hogy előzőleg semmi, ill. három különböző adagú digitalist kapnak (kivéve az 5 kontroll személyt). A terhelések alatt az egészséges probandusoknál semmi vagy minimális eltérést észleltek a fokozatos digitalis adagok

mellett, ezzel szemben a latens insufficienciában szenvedőkön az adaggal szignifikánsan együttjáró ST süllyedés jön létre. A digitalis előidézte, vagy ischaemia okozta ST süllyedés alakilag nem különbözik egymástól.

Úgy vélik, hogy a digitalis által létrehozott repolarisációs zavart nem lehet egyszerűen mint glikozida hatást felfogni. Számos klinikus szerint a coronaria-elégtelenségben szenvedők a glikozidák hatására klinikailag rosszabbodnak, mert a glikozidák kedvezőtlenül befolyásolják a coronaria átáramlást.

Régebbi vizsgálatokból kiemelik, hogy a digitalis növeli az O_2 -igényt, továbbá gátolja az ATP-ase transzportját is. Kezdődő coronaria insufficiencia legjobban terheléssel EKG-val mutatható ki, és a digitalis teltettsége az EKG jeleket különösen markánsra teszi. Ezért a digitalis kezelés alatt jelentkező ST változásoknak a szerzők szerint mindenképpen különleges diagnosztikus értéke van. Így a terhelés előtt nem feltétlenül mellőzendő a digitalis. Ezzel szemben a coronaria insufficiencia esetén, ha ugyanakkor nincs szívelégtelenség, a digitalis kontraindikált, mert rontja a coronaria perfúziót és ezáltal a beteg klinikai állapotát is.

Máté Károly dr.

Az alkoholos cardiomyopathia diagnózisa és differenciál-diagnózisa. Wink, K. (Med. Universitätsklinik Freiburg): *Tägl. Praxis*, 1978, 19, 373–380.

Az alkohol szívkárosító hatását több mint 100 éve gyanítják és egyesek már akkor is az idült alkoholizmust a szívizom-megbetegedések leggyakoribb okának tartották.

A *beri-beri* szív leírását követően többen azt hitték, hogy az alkoholos cardiomyopathia az alkoholista B_1 -vitamin hiánya következtében jön létre. *Beri-beri* szívre a hyperkinetikus szívtünetekre emlékeztető kép és kamrai nyomásfokozódások mellett főleg akkor kell gondolni, ha ezt perifériás neuritis, érzékszavarok és reflexki-esések is kísérik. Az alkoholfogyasztás emelkedése ugyanis a thiamin szükségletet is megnöveli, a kialakult felszívódási zavarok pedig ennek kielégítését megakadályozzák. Mai véleményünk szerint a primer hemodinamikai elváltozások a thiamin aktív előanyagának (a cocarboxylase) hiánya, a citromsav ciklus zavara, valamint az adenosintriphosphat és intracellularis kálium csökkenése következtében jönnek létre.

Később kiderült, hogy az alkoholos cardiomyopathiák nem minden esetében hatásos a thiamin és az alkohol a táplálék felszívódás zavara és a B_1 -vitamin hiánya nélkül is szívbetegséghez vezethet. Gyak-

ran azonban nehéz a kétféle szív-elváltozást elkülöníteni és a *beri-beri* szív az alkoholos cardiomyopathia korai megnyilvánulása is lehet.

Az alkohol *direkt cardiotoxikus* hatását az elektronmikroszkópos, a mitochondrium, a sarcoplasmikus reticulum és a myofibrillumok elváltozásai jelzik. Histológiailag a zsír- és glikogen lerakódás tipikus, histokémiai csökken a mitochondriális oxidációs enzimek reakciója, haemodinamikailag pedig a pericardium és contractilitas. Klinikailag 6 hetes alkoholfogyasztás után emelkedik a szívfrekvenciája, csökken a keringés ideje, megnő a centrális vénás nyomás, sőt 4 hónap után protodiastolés galopp jöhet létre szívmegegyesüléssel és a vizelettermelés csökkenésével. Az alkohol elhagyására ezek a tünetek gyógykezelés nélkül is eltűnnek. Az alkohol hatására annak toxikus produktuma, az acetaldehyd szaporodik fel, amely amellé, hogy catecholamin elválasztást stimulál, megváltoztatja a membrán permeabilitást és ezáltal az elektrolit koncentrációt. Ily módon a szívizomsejtek anyagcsere zavara is érthetővé válik.

Az alkoholos cardiomyopathiák tünetei általában 10–15 éves alkoholfogyasztás után jönnek létre és a károsító hatások a korábbiakhoz képest annyiban javultak, hogy a thiamin-hiány ma már ritka. Az alkoholos cardiomyopathiának nincsenek típusos EKG-elváltozásai, még ha bizonyos T-hullám eltéréseket annak is tulajdonítanak. Súlyosabb panaszok, EKG-eltérések, szívnyagyobbodás, a teljesítő képesség csökkenése már az előrehaladottabb stádiumban jönnek létre. Alkoholos cardiomyopathiát teljes biztonsággal igazolni azonban még sok éves alkoholfogyasztás anamnesisének birtokában sem sikerül mindig, mivel ebben igen sok más ok is szerepet játszhat (a szerző összesen 23 ilyen okot sorol fel). A differenciáldiagnózis azonban a terápiás konvenciók levonása miatt is fontos.

Cardiomyopathiáknak azok a subacut, vagy chronikus szívizom megbetegedések definiálhatók, amelyek — bár sokszor az endocardium, néha pedig a pericardium elváltozásai is együtt járnak — függetlenek a coronaria, vascularis, pulmonalis és valvularis szívbetegségektől, valamint a veleszületett szívhibáktól. Auscultatióval a pulmonalis hypertonia jeleként ennek II. hangja ékezt. Esetenként még III., IV. szívhang is hallható, valamint systolés zöreje. EKG-val arrhythmias, hypertrophias és szívizomkárosodásra utaló jelek találhatók. Az rgt-vizsgálat szívnyagyobbodást mutat. Kizárandók a primer szívhiba, a hypertonia, a pericardium betegsége és a coronariasclerosis. Az utóbbinak megvannak az ismert rizikófaktorai is.

(Ref.: a coronariasclerosis létrejöttét *secunder hyperlipoproteinæmiát* okozó hatása miatt az alkohol is okozható.) A coronaria elégtelenségnek azonban jellemző panaszai, tünetei és EKG-elváltozásai vannak.

Angeli István dr.

Intravénás nitrát-terápia az akut myocardialis infarctus kezelésében. Baedeker, W. és mtsai (I. Medizinische Klinik der Technischen Universität München): Medizinische Klinik, 1977, 72, 1880—1884.

A szerzők 12 (11 férfi, 1 nő) 50 és 80 év közötti heveny szívinfarktussal beteget részesítettek intravénás nitrát-terápiában. 7 beteg 33—125 $\mu\text{g}/\text{min}$. nitroglycerint (NTG), 5 beteg 5—150 $\mu\text{g}/\text{min}$. nitroprussid-nátriumot (NPN) kapott iv. cseppinfúzióban. Minden betegnek 120 Hgmm alatti, azaz normális középvérnyomása volt. [Közép- $\text{vérnyomás} = (\text{RR syst.} + 2 \text{ RR diast.})/3$]. Az arteriális vérnyomást részben véres, részben vértelen úton az art. pulmonalis systolés, diastolés valamint PC nyomást „beúszatható” katéterrel mérték. A PC nyomást, vagy a diastolés art. pulmonalis nyomást egyenlőnek vették a bal kamrai töltőnyomással. Néhány betegen — festékdilútiós módszerrel — megmérték a perctérfogatot is.

Az NTG-vel kezelt betegeken az arteriális vérnyomás 4 esetben valamit esett, egyen nem változott, míg két betegen enyhén emelkedett. 6-on a bal kamrai töltőnyomás jelentősen csökkent, míg egyenél nem változott. A szívfrekvencia nem mutatott egyértelmű változást, míg az angina minden esetben javult vagy megszűnt. Az NPN-nel kezelt betegeken az arteriális vérnyomás minden esetben csökkent, 3 betegen olyan mértékben, hogy emiatt a kezelést meg kellett szakítani. A szívfrekvencia általában ingadozott, 2 esetben azonban jelentősen emelkedett. Az angina itt is mindig javult vagy megszűnt. A töltőnyomást csak 4 betegen mérték, de a változás nem volt egyértelmű. (2 esetben nem változott, egy esetben csökkent, egy esetben emelkedett).

A fentiek alapján a szerzők megkísérlik az NTG, ill. a NPN adásának javallatát körülhatárolni. Az NPN elsősorban hypertóniás infarctusos betegeknek adható, mivel normotóniás betegeken adása nem kívánatos vérnyomáseséshez vezethet. A töltőnyomás csökkentését a NPN a systemás vérnyomás leszállítása révén éri el. Az NTG adása akkor javasolt, ha a systemás vérnyomás normális, viszont a töltőnyomás magas, mivel az NTG képes a töltőnyomás effektív csökkentésére a nagyvérköri vérnyomás lényeges változtatása nélkül. Az ideális töltőnyomás 12—18 Hgmm között van, míg a nagy-

vérköri arteriális közép- vérnyomás nem célszerű 85—90 Hgmm alá vinni.

Megfelelő körülményekkel végezve a szerzők a nitrát-terápiát az eddig alkalmazott gyógyszerekkel (cardiotonicumok, diureticumok, volumenpótlás) szemben hasznosnak tartják heveny szívinfarktusban a szív O_2 igényének csökkentésére és a keringési elégtelenség kivédésére.

Gelléri Dezső dr.

A pitvari tumorok diagnózisának speciális lehetőségei. Schweizer P. és mtsai: Deutsche Medizinische Wochenschrift 1978, 103, 1133—1135.

A pitvari tumorok korai diagnózisának nagy a jelentősége, az idejében végzett műtéttel az obstrukciós és az emboliás szövődmények megelőzhetők. Megfelelő szűrő módszer az M-mode-echocardiographia, melynek segítségével a szerzők 9 hónap alatt 3 pitvari tumort ismertek fel. Ezek közül ismertetik egyik betegüket.

A 47 éves férfi mellkasi nyomásérzés, szívdobogás, szédülés, terheléses dyspnoe miatt került vizsgálatra. A csúcson dobbanó I. hangot, hosszú systolés zörejt és rövid praesystolés zörejt hallottak. A mellkas rgtg a bal pitvar és jobb kamra megnagyobbodását, a hilusok megnagyobbodását és tágabb hilusi ereket mutatott. Az EKG P-mitralet és jobbkamra hyperthrophia-t igazolt. Az M-mode-echocardiographiánál a diastolében a mitralis billentyű mellső vitorlája mögött multiplex linearis echók ábrázolódtak. A kétdimenziós echocardiographia a bal pitvarban ülő, az ultrahangot erősen visszaverő, golyóalakú masszát mutatott, mely a diastolében a helyét változtatta, de nem jutott be mélyen a bal kamrába. A systole alatt teljes egészében a pitvarban maradt. Jól el lehetett határolni az aorta gyököt és a bal pitvar hátsó falától, valamint a mitralis billentyűtől. Haemodinamikailag a jobb szívfél és a pulmonalis capillaris nyomás jelentősen megemelkedett. Indirekt módszerrel mérték a mitralis billentyű nyomásgrádiensét, mely emelkedett volt, és expiratorikus apnoe alatt fokozatosan tovább nőtt, emelkedett a pulmonalis capillaris nyomás és csökkent a bal kamrai nyomás. Az angiocardio-graphia és a műtét igazolta a tumort. A coronarographia során a sinuscsomó arteriája erősen fejlett volt és kis erek conglomeratumban végződött, mely a tumorról azonosan mozgott.

A szerzők elemzik a diagnózishoz használt módszereket. Már az M-mode-echocardiographia is kórjelző volt. A kétdimenziós echocardiographia a tumor térbeli elhelyezkedésére, a systolében és a diastolében történő mozgására adott értékes adatokat. Az angiocardio-

graphia főleg a tumor nagyságának megítéléséhez pontosabb. A coronariographiánál észlelt érconglomeratum a tumor-nyél ereinek felel meg. Esetükben figyelemre méltónak tartják a mitralis nyomásgrádiens változásait az expiratorikus apnoe alatt: a pulmonalis capillaris (azaz a bal pitvari) nyomás fokozatosan emelkedett, a bal kamrai fokozatosan csökkent, a mitralis szájadékok nagysága ütésről ütésre kisebbedett. Tudomásuk szerint ehhez hasonló adatot még nem közöltek, és ez ellene szól organikus mitralis stenosisnak. Ez a pitvari myxoma potenciális veszélyeire is utal, vagyis a mitralis szájadékok hirtelen elzáródására. A betegnek is voltak a műtét előtti hetekben syncope-rohamai.

Kálló Kamill dr.

Klinikai farmakológia

A postinfarctusos halálozás prevenciója sulfipyrazonnal. Anturan „Reinfarctus Kutató Csoport”. (Temple University School of Medicine Philadelphia): New Engl. Journ. of Med. 1978, 298, 289—294.

Becslések szerint évente egymillió ember betegszik meg az USA-ban akut szívinfarktussal, ha ide soroljuk a — feltehetően cardiogen ok miatt — hirtelen elhaltakat is. Az intézetből távozó 400 000 postinfarctusos közül egy éven belül 47 000 ember hal meg újabb cardialis infarctus miatt.

A thrombosis-infarctus reláció vitatott kérdés. Nagyon valószínű, azonban, hogy az arteria coronariákban képződő thrombocytá aggregatio, fibrin thrombusok, embolusokként a mikrocirculációban zavarokat okoznak. Ezek következményeként váratlan és gyakran fatális arrhythmia léphet fel. Emiatt kísérelték meg több olyan hatású gyógyszer adását, amelyek gátolják a thrombocyták funkcióját és így akadályozzák a thrombusképződést és emboliás szóródást.

A sulfipyrazon (1—2 difenil, 2 fenil sulfinil etil, 3—5 pirazolidin edion), vagy Anturan ismert és hatékony gyógyszer köszvény ellen. Felfedezték használatában az is, hogy kedvező antithrombotikus hatása is van, és különböző indikációk alapján ilyen értelemben is alkalmazták.

21 amerikai és 3 kanadai intézet a Ciba Geigy gyár koordinálása és megbízása alapján vállalkozott az akut infarctus lezajlása utáni Anturan kezelés hatékonyságának objektív elbírálására. Gondosan kidolgozott program alapján folyamatosan megfigyelték, hogy a postinfarctusos állapotban rendszeres szedés mellett hogy alakulnak a recidívák, illetve a halálozás. A napi adag $4 \times 200 \text{ mg}$ volt. Kettős vak módszerrel végezve az experimentálást 733 vizsgált személy

kapott sulfinpyrazont és 742 placebo. Az átlagos ellenőrzési idő 8,4 hónap. A két csoport összesített halálozási száma 69, ebből 68 cardialis. (44 placebo, 25 az Anturannal kezelt csoportból.) Tehát 9,5%-os a kezeletlenek és 5,1%-os a gyógyszeresen kezelt mortalitása a vizsgálat végső összesítésekor. Ez azt jelentette, hogy a gyógyszeres csoportban a mortalitás 48,5%-kal kisebb, mint a placeboosoké.

Miután a kísérleteket nagyon gondosan végezték, és ugyanolyan objektív alaposággal matematikai módszerekkel több szinten ellenőrizve analizálták, eredményeik meggyőzőnek és elfogadhatónak látszanak.

Máté Károly dr.

Régi gyógyszer új alkalmazása.
A. S. Relman: New Engl. Journ. of Med. 1978, 298, 333—334.

Szerkesztői rovatban írt levél, mely az Anturan Reinfarctusus Kutató Csoport közleményéhez szól.

A szerző elismerően ír a gondos vizsgálatokról és értékesnek és ígéretesnek tartja a közölt eredményeket.

Néhány érdekes pontot kiemelve azokhoz fűzi reflexióit a cikk írója. A közlemény adatai szerint a halálozás azáltal csökken elsősorban, hogy az Anturannal kezeltéknél a hirtelen halál csupán fele annyi, mint a kezeletleneké. Infarctus és angina számottevően különbözik egyik csoportban sem. Miután a hirtelen halál oka ritmuszavar, oda konkludál, hogy végső soron az Anturan valamilyen módon véd a súlyos, letális arhythmikákkal szemben.

Miután az általános vizsgálati idő 8,5 hónap, kíváncsúnak találja, hogy folytassák a vizsgálatokat. Miután azonban a sulfinpyrazon biztosan hatásos, így a placebo kezelés etikailag kifogásolható. Ezért nagyon dicséretesnek tartja a vizsgáló bizottság azon döntését, hogy a tanulmány jelen fázisában teljesen és valósan felvilágosítják a résztvevőket az eddigi eredményekről és a várható eredményekről is. Ezek után pedig döntésükre bízzák, hogy részt vesznek-e a további vizsgálatokban.

A tanulmány organizációját és anyagi támogatást a Ciba Geigy cég vállalta. Relman kiemeli, hogy az USA gyógyszeriparának történetében egyedülálló ez az eset, de egyben nagyon becslendő is. Ugyanis a gyár a kockázatot vállalta, hogy a készítményének a vizsgálatát teljesen kivívalló, objektív és leghaladottabb módszerekkel dolgozó bizottságok értékelik ki.

Végül még megjegyzi, hogy a veszélyeztetettek Anturan prevenciójával is érdemes lenne foglalkozni.

Máté Károly dr.

Ideg- és elmegyógyászat

A pszichoterápia művészete és tudománya. Segal, J. (National Institute of Mental Health, USA): Dialogue 1978, 11, 14—24.

Az írott történelem szerint azokat, akiktől a zavarodott lélek gyógyítását remélték, különböző elnevezésekkel illették (varázsló, hitértítő, javas ember stb.) A pszichoterápiát igénylő embert sok minden nyugtalanítja, stressz hatások érik. A pszichiáterek nem tudnak éles határt vonni a lelki egészség és a betegség között. Vannak azonban olyan tünetek, amelyek biztosan a psyche sérülésére utalnak (indokolatlan, elhúzódozó félelem, önpusztító gondolatok és viselkedés). A kevésbé súlyos és jobban elterjedt betegségeknél sokkal inkább a pszichoterápiát kell alkalmazni, mint a gyógyszereket, s ez a terápia jelenti a segítséget azon milliőknak, akik a tüneteiktől szabadulni akarnak. Fontos azonban, hogy a pszichoterápia alkalmazása előtt kizárják az érzelmi panaszok testi okait.

A pszichoterápiák néhány alapvető különbsége:

— Az analitikus terápia alapja, hogy a pszichológiai problémákat nem lehet megoldani a tudatalattiban elrejtett lelki okok „kibányászása” nélkül. Személyiségváltozást a tudattalan motivációk és ösztönök felkutatása útján lehet elérni. A konfliktusok okai a gyermekkorban rejtőznek és elfolytolt sexualitással függenek össze. Freud modern magyarázó és követői szerint az egyén kialakulásában az öröklött erők, a kultúra és a környezet is közrejátszanak. Az analitikusok abban egyetértenek, hogy személyiségváltozás csak hosszú, intenzív kezelés, csak a védekező mechanizmusok feltárása és átforgatása által lehetséges.

— Viselkedés-terápia: közvetlenül megszünteti a páciens zavaró tüneteit anélkül, hogy azok gyökereit megkeressék. A stresszre való védekezés nélküli reagálás helyett új reagálási módot tanít: mintegy begyakoroltatja a normális reakciókat. Ez a terápia a jól körülhatárolt panaszok esetén vált be a legjobban, pl. olyanoknál, akik félnak a zártságtól, repüléstől stb.

— Csoport terápia: a belső lelki válságokat az egyén interpersonális kapcsolatainak a megváltoztatásával kívánja megoldani. A csoport tagjai az interperszonális problémákat elmondják, megvitatják egymással a csoport vezetője segítségével. A reakciók, viszonylatok a csoporton belül jól tükröződnek. Igen fontos a csoportvezető kvalitása, hisz a tagok között igen bonyolult kölcsönhatások jelentkeznek és a helyzet rendkívül változó.

— Az egyéb, korunkban alkalmazott terápiaiak (zene, jóga, gyógytorna) célja az önmegvalósítás serkentése.

Perry London, a Kaliforniai Egyetem pszichológusa szerint századunkban a pszichoterápiának három nagy fázisa különböztethető meg, amelyek mindegyike a nyugati világ társadalmában végbe ment más és más lélektani motívumok hatására jelentkezett. Az első fázis a századforduló idején a tudatalatti tényezőket felszínre hozó és a gátlást feltáró psychoanalissal kezdődött. A viselkedésterápia és a csoportos kezelés későbbi fejleményei a symptomák elleni gyors támadás jegyeit viselik magukon. Evtizedünk kezdetén, a szabadidő növekedésével az emberek ráébredtek az élet lehetőségeire, amit mohón igyekeztek realizálni és így gondjaik és szükségleteik nem a fájdalom és rossz közérzet elleni harcra, hanem az élet értelmének és értékeinek a megszerzésére irányultak. Így azután a jelenkori terápia középpontjába a válság helyett az önmegvalósítás került.

A pszichoterápia hatásos volta mellett és ellen számos tanulmány szól. Hogy mely formája eredményesebb a többinél, nem nyert bizonyítást. A psychotherápiát alkalmazó szakemberek személyiségét vizsgálva azt tapasztalták, hogy a folyamat varázsa, eredményessége inkább a klinikus szívében, semmint eszében rejlik. Talán a pszichiáternek, mint embernek a tulajdonságaiban van elrejtve a terápia ma még misztikus hatalma.

Albel Anikó dr.

Bromocriptin parkinsonismusban. Pearce, Iris és Pearce J. M. S. (Dept. of Neurology, Hull Royal British Medical Journal 1978, 1, 1402—1404.

A bromocriptint néhány endokrin megbetegedés gyógykezelésében alkalmazzák (pl. serkenti a növekedési hormont, prolactin-antagonista). Kis dózisban a dopaminerg transmissiót gátolja, praesynaptikus szinten fokozza a dopamin újrafelvételt, nagyobb adagban viszont dopamin-receptor antagonist. Az utóbbi években több közlemény ismertette jó klinikai hatásait parkinsonismusban, egyes szerzők szerint csökkentette a rigiditást, bradykinesist és tremort. Ezek a szerzők a kisebb adagokban alkalmazott bromocriptin dopamin-agonista hatását levodopával kombinált együttes medicatio során használták fel. Viszont a vizsgálók egy része a mellékhatások (hallucinosis, dyskinesia) súlyosságát hangsúlyozta. A cikk szerzői szerint olyan esetekben, hol a beteg megelőzően nem kapott levodopát, napi 20—40 mg bromocriptin (az adagot fokozatosan emelték, napi 5 mg-ról) a parkinsonos tüneteket enyhítette. Olyan esetekben, hol a betegek eleve nem túrték a levodopát, a

bromocriptin hatástalan volt, viszont olyan esetekben, hol a levodopa kezelés későbbi hónapjaiban alakult csak ki levodopa-intolerancia, a bromocriptin javította a tüneteket. Néhány esetben meghatározták a bromocriptin plasmaszintjét is, az eredmények nagyon szórta-
tak. Eseteik 30%-ában volt könnyebb-súlyosabb hallucinosis, 25%-ban dyskinesia. Szemben a levodopával, a bromocriptin adásakor fellépő hallucinosis a szer elhagyása után is eltérhet még egy-két hétig. Mivel a bromocriptin ergot-származék, egyes esetekben akrocyanosis, az ujjakban vasospasmus jelentkezhet. A mellékhatások és a magas ár miatt a bromocriptint nem tartják a parkinsonismus kezelésében rutin-gyógyszernek, a levodopát nem helyettesíti. Hasznos lehet viszont intézeti alkalmazása olyan esetekben, ahol a kezdeti jó levodopa hatás felfüggesztődött, illetve a beteg tovább nem tűri a levodopa kezelést.

Heiner Lajos dr.

A parkinsonismus tartós bromocriptin terápiája. D. B. Calne és mtsai (Experimental Therapeutics Branch, Nat. Inst. of Neurological and Communicative Disorders and Stroke, Nat. Inst. of Health Bethesda, Maryland, 20014, USA): *Lancet*, 1978, 1, 735—738.

Parkinsonismusban a bromocriptin alkalmazhatóságáról megoszlanak az adatok, ennek oka elsősorban a vizsgált betegek kis száma és a viszonylag magas (napi 150 mg-os) dózisok. Ezért ismertetik 92 beteg tartós — 20—30 hónapos — bromocriptin kezelésével szerzett tapasztalataikat. Súlyos máj-, vesekárosodás vagy komolyabb pszichés tünetek esetén a szert nem alkalmazták, a cardiovascularis elégtelenség viszont nem képezett abszolút contraindicációt. A betegek egy része a bromocriptin mellett levodopát, illetve anticholinerg szereket is szedett. A vér-vizelet állandókat folyamatosan ellenőrizték. A kezelést napi 1 mg-mal kezdték, 4 hét alatt érték el az 50—90 mg napi „optimális” dózist. Legjobb eredményt azokon a betegeken érték el, akik levodopára is jól reagáltak, ilyenkor a levodopa dózist csökkenteni lehetett, átlagban 40%-kal. Negyven betegben a kezelést fél éven belül leállították: 8 beteg hatástalan volt, 3 nem működött közre megfelelően, 29 esetben pedig mellékhatások jelentkeztek. Ezek: pszichiai tünetek 8, erythromelalgia 7, nausea 3, zavartság 3, anginás panaszok 2 esetben, míg egy-egy esetben diplopia, orrbetegedés, aluszékonyság, vérzés, combnyaktörés, kóros máj-funkciós értékek. Hat esetben egyedül a serum transaminase aktivitása emelkedett, ez a kezelés abbahagyását nem tette szükségessé. Tapasztalataik alapján a tartós

bromocriptin-kezelést, általában levodopával kombináltan olyan betegeken látják célszerűnek, akiknél kifejezett dyskinesia, vagy ún. „on-off” jelenség észlelhető.

Heiner Lajos dr.

A Menkes-féle hajsyndroma celluláris neuropathológiája. Williams, R. S. és mtsai (Eunice Kennedy Shriver Center for Research in Mental Retardation, Inc., Waltham, Massachusetts): *Neurology*, 1978, 28, 575—583.

1962-ben Menkes és mtsai leírtak újszülöttekben egy sajátos syndromát, mely nemhez kötötten öröklődik, abnormis haj („kinky hair”) és az agy progressiv degenerációjára jellemző.

Danks és mtsai a tünetcsoport kialakulásáért a rézfelszívódás zavarát teszik felelőssé a rézhányat ezekben az újszülöttekben ki is mutatták.

A szerzők 3, fiú újszülött beteget — akik klinikailag minden tekintetben típusosak voltak — jellegzetesnek mondható agyi kórszövet-tani jellemzőket mutatott: idegsejtcsökkenés, gliosis az agyban, kisagyban, valamint egyes talamus magvakban, axonalis degenerációk. A nagyagy sejteinek és a kisagy Purkinje sejtjeinek dendritjei sajátos elváltozásokat mutattak.

Kovács Miklós dr.

Intracranialis vénás thrombosis a terhesség első trimeszterében. Lavin, P. J. és mtsai (St. James's University Hospital and Chapel Allerton Hospital, Leeds): *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 1978, 41, 726—729.

Ismert, hogy a terhesség későbbi fázisaiban, valamint a puerperiumban nem ritkán súlyos vénás thrombosisok alakulhatnak ki, esetenként cerebrális is. Ugyanakkor a terhesség első trimeszterében kialakuló cerebrális vénás thrombosis megjelenése nagyon ritkán következik be. Eddig az irodalomban 8, autopsiával is igazolt közlés ismeretes.

A szerzők 42 éves, primipara betege 8 hetes terhes volt. Súlyos fejfájás, hányinger, hányás, tudatzavar, majd generalizált tónusos-clonusos görcsrohamok léptek fel. Oralis anticoncipienst korábban — tudomásuk szerint — nem szedett. A computeres axialis tomographia kiterjedt vénás thrombosis és infarctus jeleit mutatta. A beteg minden terápiás próbálkozás ellenére a beszállítását követő 6. napon meghalt. Az autopsia az intra vitam felállított kórismét minden tekintetben igazolta. Emellett kismedencei vénás thrombosis is észlelt.

A szerzők az irodalom és saját esetük tapasztalata alapján feltételezik, hogy a pathomechanizmus-

ban jelentős szerepet játszhat a terhességben felszaporodott oestrogen, mely a véráramlás viszonyait sajátos módon a hypercoagulabilitás irányában változtatta meg. (Ref.: az eset részben ritkasága miatt, másrészt differenciáldiagnosztikai szempontból tarthat érdeklődésre számot.)

Kovács Miklós dr.

A retinalis vénák spontán pulsatiójának klinikai jelentősége. Levin, B. E.: *Arch. Neurol.* 1978, 35, 37—40.

218 személyen vizsgálták a spontán retinalis vénás pulsatiót. 146 válogatás nélküli, 20—90 éves életkorú személynél 87,6%-ban észlelték spontán vénás pulsatiót, míg intracranialis nyomásfokozódás 10 papilloedemával járó és 33 papilloedemával nem járó esetben ez hiányzott.

9 betegen, akinek az intracranialis nyomása emelkedett volt, lumbalpunctióval 190 vízhmm-ben állapították meg azt a felső szintet, ahol a spontán pulsatio eltűnik. 29 betegen, akinél spontán vénás pulsatiót észleltek, nem találtak 180 vízhmm feletti liquor nyomást.

Nem találtak összefüggést a vérnyomás és a vénás pulsatio meg-léte, ill. hiánya között. Néhány személynél, akinél a spontán pulsatio hiányzott, ismételt vizsgálatokkal határozott pulsatiót észleltek.

Az eredmények megerősítik, hogy a spontán vénás pulsatio megbízható jele az intracranialis nyomás 180—190 vízhmm alatti értékének, míg meglevő vénás pulsatio eltűnése megelőzi a papilloedema kialakulását, ezért fontos jel intracranialis nyomásfokozódás gyanújánál.

A spontán pulsatio hiányát észlelték normális intracranialis nyomás néhány esetében, ezért ezt nem tartják megbízható jelnek intracranialis nyomásfokozódás megítélésénél.

Lajtavári László dr.

Liquor gamma-aminovajsav szint változások neurológiai betegségeiben. S. J. Enna és mtsai: *Arch. Neurol.* 1977, 34, 683—685.

A Huntington-kórra idegrendszer-tanilag a corpus striatumtól és a globus pallidumból eredő idegsejtek kifejezett csökkenése jellemző. Minthogy ezen sejtek neurotranszmittere a gamma-aminovajsav (GABA), ennek liquor szintje diagnosztikus jelentőségű lehet.

A szerzők ezen elmélet igazolására nemrég kifejlesztett „radioreceptor assay” módszert alkalmaztak a liquor GABA tartalom meghatározására. Szignifikáns csökkenést észleltek Huntington-kóros, alacsonyabb értékeket Alzheimer-kóros betegekben, míg Parkinson-kóros betegek és kontroll szemé-

lyek között nem volt összefüggés. Az eredmények felvetik a liquor GABA meghatározás diagnosztikus jelentőségét és prediktív értékét bizonyos neurológiai betegségekben.

Lajtavári László dr.

A második életfél metabolikus gerincvelőbetegségei. W. Werner (Universitäts-Nervenklinik Homburg/Saar): Dtsch. med. Wschr. 1977, 102, 1922.

A szerzők hangsúlyozzák, hogy anyagcserezavar neuropsychiatriai közti aetiopathogenetikus kapcsolat felállításánál több szempontot is figyelembe kell venni. A diabeteses myelopathia kérdése mind pathogenetikailag, mind pathomorphologiailag nyitott. Sznhidrát anyagcserezavar neuropsychiatriai kórképekben kb. 30%-ban fordul elő. Genetikai rokonság, vagy „véletlenszerű” egybeesés lehetséges.

Sullivan 21 myelopathiát figyelt meg diabeteses csoportban, de csak egy esetet diagnosztizáltak diabeteses eredetűnek. Normális B₁₂-vitamin háztartással járó anyagcserezavaroknál jelentkező myelopathiák gyakran nem metabolikus eredetűek. Malignus betegségekben a pontos vizsgálat más eredetű mutatót (infiltratio, vascularis károsodás).

A B₁₂-vitamin hiányos myelopathia kizárólagos diagnózis, melyhez az ismert neurológiai és neuroradiológiai diagnosztikai eljárások nélkülözhetetlenek.

Lajtavári László dr.

Szüléset és nőgyógyászat

Terhesség alatt diethylstilboestrol kezelésben részesült asszonyok 25 éves utánvizsgálata. Bibbo, M. és mtsai (Department of Obstetrics and Gynecology and Pathology, University of Chicago and Illinois Cancer Council): New England Journal of Medicine 1978, 298, 763.

Három intézet részvételével a terhesség alatt diethylstilboestrol (DES) kezelés késői (25 év) hatását vizsgálták. Felmérésük egy megelőző kettős vakkísérleten alapult: az 1951–1952 között tervezett vizsgálat azt kereste, hogy az oestrogen mennyiben csökkenti az anyai és magzati későterhességi komplikációkat. A szerzők ennek eredményéről máshol már beszámoltak. A terhesek kezelését (DES vagy placebo) a terhesség 15–20 hete között végezték. A DES-t standard dózisban alkalmazták, a napi mennyiséget 5 mg-ról 150 mg-ra emelték, az összmennyiség 11–12 g volt.

A 25 évvel későbbi vizsgálatok során arra kerestek választ, hogy a terhesség alatt alkalmazott DES milyen hatással van az emlő, ute-

rus, ovarium betegségek, valamint a reproduktív rendszer egyéb elváltozásainak kialakulására. A pontosan megszervezett utánvizsgálat során a felmérésbe az eredeti anyagból (2162) 1316 asszonyt tudtak bevenni. Ebből 693 DES-t kaptak a terhesség alatt, míg 668 placebót. Az 1977-ben felvett anamnesztikus adatok a két csoportban hasonlóak voltak: a terhességek és szülések száma, a menopausa éve, reserpin és orális kontraceptívum szedése, oestrogen terapia, hysterectomia és az emlőcarcinoma családi előfordulása. A felmérés szerint nem volt szignifikáns különbség az uterus, cervix, vulva, ovarium, valamint az emlő különböző jóindulatú elváltozásai miatt végzett műtétek gyakorisága, valamint a nyert szövetek hisztológiai leletei között. A DES kezelésben részesült csoportban 32 (4,5%) emlőcarcinoma fordult elő, míg a kontroll csoportban 21 (3,1%). A különbség statisztikailag nem szignifikáns. Amikor az emlőcarcinoma gyakoriságot összehasonlították a Connecticut Állami Tumor Regiszter adataival kiderült, hogy 50 év felett mindkét csoportban szignifikánsan magasabb volt a gyakoriság és valamivel nagyobb volt az emlőcarcinomából eredő mortalitás is. Ezen emelkedés oka ismeretlen. Nem lehet azonban kizárni, hogy a magasabb arány az eredeti klinikai tanulmányban részt vevő terhesek kiválasztásának módszerével áll kapcsolatban.

Rákóczi István dr.

Diethylstilboestrol: 25 évvel később. Szerkesztőségi közlemény: New England Journal of Medicine 1978, 298, 794.

Bibbo és mtsai közleménye (az előző ref.) azért érdemel említést, mert lehetővé tette egy olyan csoport utánvizsgálatát a kontrollokkal együtt, amelyet 25 évvel megelőzően prospektív tanulmányokra használtak fel. A felmérés szerint a kontrollhoz képest kismértékben, de nem szignifikánsan növekedett az emlőcarcinoma gyakorisága, a carcinoma kialakulása fiatalabb korban kezdődött és valamivel több halálos fordult elő emlőcarcinoma miatt. Bár ezen tendencia ijesztőnek látszik, azonban a statisztikai összefüggés hiánya nem engedi meg konkluzív összefüggés levonását a DES szedés és az emlőcarcinoma között.

Egy korábbi tanulmányban Hoover és mtsai kimutatták, hogy a menopausában alkalmazott 5–10 éves időtartamú oestrogen terapia nem szignifikánsan, de növeli az emlőcarcinoma előfordulási arányát, míg a 15 éves kezelés már szignifikáns emelkedést okoz az emlőcarcinoma gyakoriságában. Elméleti szempontból a kérdés úgy vetődik fel, hogy az oestrogének egyszerűen mint „hormonok”

hatnak-e és az emlő szövetet stimulálva predispozíciót teremtenek a különböző rákkeltő stimulánsoknak, vagy mint direkt carcinomát előidézők szerepelnek. Mindkét hatás lehetséges, miután az oestrogenek az emlőben koncentrálnak és specifikus receptorokhoz kötődnek. Ezenkívül az oestrogenek képesek — más ismert tumorkeltő anyaghoz hasonlóan — kovalens módon a sejtmag DNS-hez kötődni. Ily módon az oestrogenek biológiai potenciálja kettős: mint hormonok és mint direkt „carcinogének” hatnak. Ebben a vonatkozásban a DES és természetes oestrogenek között nincs különbség. Bibbo tanulmányának másik érdekessége, hogy mindkét csoportban (DES és kontroll) a vártnál magasabb emlőcarcinoma előfordulást mutattak ki. Bár ennek oka ismeretlen, azonban egyéb adatok arra utalnak, hogy ilyen felmérésekben inkább az általános populációból kell venni a kontrollokat és nem páros kontrollokat használni, mint ahogy Bibbo és mtsai tették. Amennyiben csak általános populációs adatokkal mint kontrollal hasonlítjuk össze a felmérést, úgy a DES és az emlőcarcinoma közötti összefüggés pozitív. Az exogén vagy endogén oestrogenek lehetséges szerepe az emlőcarcinoma genezisében — ha eléggé valószínű is — ma még nem bizonyított. Arra sincs meggyőző adat, hogy az oestrogen tartalmazó orális kontraceptívumok szedése predisponálna emlőtumor kifejlődésére. Mindezek ellenére az óvatosság azt diktálja, hogy fokozottan kell ellenőrizni azokat, akik a múltban oestrogen szedtek, és bizonyos megszorításokat kell fontolóra venni az oestrogenek alkalmazásakor. Különösen hangsúlyozni kell az óvatosságot azoknál, akiknek családi anamnesisében emlőcarcinoma szerepel, akiknek jóindulatú emlőtumoruk van, és akikben oestrogen terapia alatt emlőpanaszok lépnek fel.

Az oestrogenek és a méh endometrium carcinomája közötti összefüggést ma már több vonatkozásban megerősítették. Várható, hogy ezek után a fokozott szakmai érdeklődés az emlőcarcinoma és az oestrogenek lehetséges oki kapcsolatának tisztázására fog irányulni.

Rákóczi István dr.

Az IUD mellékhatásainak kezelése anti-prostaglandinnal. O. Ylikorkala és mtsai (Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Oulu): Lancet, 1978, 2, 393–395.

Az IUD felhelyezést követő egy-két évben az esetek 8,9–37,2%-ában a legváltozatosabb mellékhatások jelentkezhetnek. Tény, hogy az endometriumot ért trauma és gyulladás hatására, amit az IUD kisebb-nagyobb mértékben okoz,

prostaglandin szabadul fel, mely a tünetek sorát produkálhatja.

A szerzők 160 asszonynak Cooper-T 200 típusú IUD-t helyeztek fel. Az asszonyok 100 kapszulát kaptak, amelyek vagy 200 mg tolfenamin savat (antiprostaglandin) vagy placebót tartalmaztak, azzal az utasítással, hogy naponta 3×1 -et szedjenek. 160 asszonyból 122 szedett egy cikluson keresztül kapszulát, amelyből 60 antiprostaglandint és 62 placebót tartalmazott. 122 asszonyból 87 (71,4%) panaszoktól gőresős fájdalomról az eszköz felhelyezését követő 1–26 napig. A tolfenamin szedők panaszai előbb szűntek meg. Deréktáji fájdalmat a gyógyszer szedők csoportjában 16 beteg jelzett (26,7%), míg a kontroll csoportban 25 (40,3%).

Az eszköz felhelyezését követő vérzések is különbséget mutatnak a két csoportban. A gyógyszer szedőknél kevesebb vérzést tapasztaltak. Intermenstrualis vérzés mindkét csoportban 7–11% között volt, de a placebót szedő csoportban ez súlyosabb és fájdalmasabb volt. 12 asszony jelzett a gyógyszer szedésakor mellékhatásokat, de ezek nem voltak súlyosak.

Az antiprostaglandinok az elsődleges dysmenorrhoea kezelése mellett hatásosak szernél látszanak az IUD mellékhatásainak csökkentésében. *Hegedűs Tibor dr.*

Új kilátások a dysmenorrhoea pathogenesisében és terápiájában. Zahradnik, H. P. és mtsai (Abteilungsgruppe Universitäts-Frauenklinik, Freiburg, Abt. Klinische Endokrinologie): Dtsch. Med. Wschr. 1978, 103, 1270–1273

A dysmenorrhoea terápiájában az ovulatio-gátlók beváltak. Ezt az ovulatio gátlásával magyarázzák, annál is inkább, mert az anovulatorikus cyclus vérzése fájdalommentes volt. Kiderült azonban, hogy a dysmenorrhoea terápiájában olyan kis adag progesteron is hasznos, ami az ovulációt nem akadályozta meg.

Kiderült, hogy az endometrium prostaglandin $F_{2\alpha}$ ($PGF_{2\alpha}$) tartalma a cyclus 2. felében és a menstruációkor magasabb, mint a cyclus 1. felében. (Ref.: oestrogenek és progesteron egyaránt emelik a $PGF_{2\alpha}$ vérszintjét; a többlet forrása minden valószínűség szerint az uterus, ahol a $PGF_{2\alpha}$ elősegíti, a méhizomzat összehúzása révén, a menstruációs nyálkahártya leválását. A különféle prostaglandinok egyébként, melyeknek hatása éppen nem egyforma, hanem sokszor egymással is ellentétes, minden szövetben előfordulnak, kisebb-nagyobb mennyiségben).

A prostaglandinoknak mind a fájdalom-kezelésben, mind az uterus összehúzódásában szerepe van. (Ref.: ezért lehet velük ab-t, szülést megindítani). $PGF_{2\alpha}$ iv. adva, dysmenorrhoeás fájdalmat

vált ki, míg a prostaglandin-antagonisták (ref.: ilyenek pl. a gyulladásgátlók: natr. salicyl., aspirin, indomethacin, phenylbutazon, hydrocortison stb.) a dysmenorrhoeás panaszokat enyhítik.

Dysmenorrhoeás nők $PGF_{2\alpha}$ vérszintje nem különbözött eumenorrhoeás nőktől, menstruációs vérükben azonban jóval több $PGF_{2\alpha}$ volt, mint eumenorrhoeásokéban. Dysmenorrhoeás nők uterusába olyan intrauterin pessariumot helyezve, mely naponta 65 μ g progesteront adott le, a panaszok az esetek többségében 6 hónap alatt megszűntek.

A szerzők is ezt a módszert alkalmazták betegeiknél. Vizsgálták a menstruációs vér $PGF_{2\alpha}$ -tartalmát az i. ut. pessarium behelyezése előtt és után. Öt (!) menarche óta dysmenorrhoeás nő képezte a „beteg”-csoportot. Koruk: 20–35 év. Ezeket 2 cyclust az i. ut. pessarium behelyezése előtt, és 12 cyclust annak befejezése után, kísérték figyelemmel. 3 eumenorrhoeás nő alkotta a „kontroll, egészséges” csoportot. A statisztikai értékelés Wilcoxon-próbával, variancia-analízissel és Student-f.-t-próbával történt.

Azt találták, hogy az eljárás a menstruációs vér mennyiségét nem változtatta meg. A vérről távozott $PGF_{2\alpha}$ mennyisége és ennek koncentrációja is, 2 hónap alatt a dysmenorrhoeás magas szintről a negyedére esett vissza, ugyanakkor a nők csaknem teljesen panaszmentessé váltak. 2 betegnél ez nem következett be; ezeknél a $PGF_{2\alpha}$ -kiválasztás a menstruációs vérben mind abszolút mennyiségben, mind koncentrációban magas maradt. Egyiknél az ok: endometritis volt, amit a pessarium, mint idegentest okozott. A későbbiekben ez az asszony is panaszmentessé vált. (Ref.: a másik sorsáról nem történni említés).

A leírtak alapján a nem organikus (funkcionális) dysmenorrhoea ezen eljárással jól kezelhető.

Szőnyi Ferenc dr.

A serum oxytocináz-aktivitás vizsgálata foeto-placentalis elégtelenségben. Mansani, F. E. és mtsai (Clin Obstet. Gynecol., Univ. Parma/TA.): Ann. Ostet. Gynecol. Med. Perinat. 1977, 98, 221.

A serum oxytocináz enzim aktivitását vizsgálták 54 normális és 53 szövődményes terhességben. A szövődmények között: EPH-gestosis, diabetes mellitus, májbetegség, intrauterin elhalás, foeto-placentalis elégtelenség, krónikus vesebetegség, Rh-immunisatio, koraszülés, ante partum vérzés és anaemia fordult elő. A vizsgálatokat a 24. és 40. gesztációs hét közötti időszakban végezték. Az eredmények szignifikáns ($p < 0,001$) korrelációt igazoltak az oxytocináz aktivitás és az intrauterin növekedési retardációval született magzatok testsúly-

értékei között. A sorozatban végzett enzim-vizsgálatok magzati retardációt jelző prognosztikai értéke kb. 73%-os, ezért értékes eljárásnak tartják a hormonürítési, más enzim- és ultrahangvizsgálatok kiegészítésére. *Berkő Péter dr.*

Új kilátások a dysmenorrhoea pathogenesisében és terápiájában. (II.) Zahradnik, H. P. és mtsai (Abteilungsgruppe Universitäts-Frauenklinik, Freiburg, Abt. Klinische Endokrinologie): Dtsch. Med. Wschr. 1978, 103, 1298–1301.

A fogamzásgátlók használatának kezdetén már feltűnt, hogy az ovulatiókat mind spontán, mind gestagének által okozott elmaradása csökkenti a dysmenorrhoea fájdalmát. Az orális fogamzásgátlók ismertté váló hátrányai miatt vezették be az intrauterin pessariumokat; később ezeket rézzel vonták be (ref.: mert állandóan „ürülve” a méhbe, elősegítette a fogamzásgátló hatást), majd olyan intrauterin pessarium bevezetésére is sor került, mely naponta 65 μ g progesteront ad le. Jó elviselhetősége mellett feltűnt, hogy a dysfunctionalis vérzések és a dysmenorrhoea is jól kezelhetők ezzel az eszközzel.

A szerzők előző közleményükben a prostaglandin- $F_{2\alpha}$ ($PGF_{2\alpha}$) menstruációs vérben való kiválasztódásával és a progesteronnak a dysmenorrhoeára való hatásával foglalkoztak. Jelen közleményükben vizsgálták dysmenorrhoeás nők (5!) menstruációs vérében a progesteron-kiválasztást, mégpedig 2 cycluson át a progesteron-leadó i. ut. pessarium nélkül, és 4 cycluson át (1., 2., 6., 12.) annak hatása alatt. Kontrollként 3 (!) eumenorrhoeás nő szolgált. Az eredményeket matematikai-statisztikai módszerekkel elemezték.

A menstruációs vérvesztés azonos volt az eumenorrhoeás és dysmenorrhoeás nőkben, valamint dysmenorrhoeás nőkben az i. ut. pessarium behelyezése előtt és után. Kezelés nélkül a dysmenorrhoeás és eumenorrhoeás nők menstruációs vérében egyforma volt a kiürült progesteron mennyisége. A progesterontartalmú pessarium behelyezése után a menstruációs vérrel ürülő progesteron mennyisége az első menstruációkor az eredeti 13-szorosára ugrott. 12 hónap múlva ennek a magas értéknek még mindig a 42%-a ürült menstruációkor. A progesteron koncentrációja (1 ml menstruációs vérre számítva) szintén azonos volt az eumenorrhoeás és kezeletlen dysmenorrhoeás nőkben; a kezelés bevezetése után ez megnőtt, majd újra csökkent, de 12 hónap múlva is messze meghaladta az eumenorrhoeás, valamint a kezeletlen dysmenorrhoeás nőknél talált értéket. A dysmenorrhoeás fájdalom 3 nőnél már az első, 2 nőnél a második menstruatio alkalmával megszűnt.

Ez arra mutat, hogy a progesteron valamilyen módon szabályozza az intrauterin PGF_{2α}-képzést. Hogy ez hogyan történik, arra vonatkozóan egyelőre csak feltételezéseik vannak.

Egyik ilyen lehetőség a következő: dysmenorrhoeás nőben az endometrium progesteron-anyagcsereje gyorsult, ezért a 17-β-oestradiol-dehydrogenase szintézise csökken. Ezáltal nő az oestradiolszint az endometriumban, ami fokozza a prostaglandin-synthetase aktivitását, ezért nő a PGF_{2α} mennyisége, ami a dysmenorrhoeás fájdalomhoz vezet.

Másik lehetőség: az oestradiol-receptorok mennyiségi vagy minőségi változása, ami a dysmenorrhoeás nőkben magasabb PGF_{2α}-szinthez vezet. A progesteron az oestradiol-receptorokat szabályozza, így csökkenti az endometrium PGF_{2α}-szintjét, az eumenorrhoeások értékéig.

A kérdés úgy dönthető el, hogy megvizsgálják eumenorrhoeás és dysmenorrhoeás nőkben az oestrogen és a 13,14-dihydro-15-keto-PGF_{2α}-szintet, a progesteron-tartalmú pessarium behelyezése előtt és után. Ezt akarják a következőkben vizsgálni.

Szőnyi Ferenc dr.

A méhen belüli magzatmozgás természete, kimutatása, prognosztikai értéke a szülés idejének meghatározása szempontjából. Sadovsky, E., Polishuk, W. Z. (Dept. Obstet. Gynecol., Hadassah Univ. Hosp., Jerusalem/SR.): Obstet. Gynecol. 1977, 50, 49.

A méhen belüli magzatmozgás a magzat jó közérzetének kimutatható jele. A mozgások hirtelen gyakoribbá válása azonban az

akut magzati distress jele, köldökzsinór komplikációt, lepényleválaszt jelezhet. A magzatmozgások csökkenése viszont krónikus distress jele, gyakran megfigyelhető jel praecclampsziásokon. A szerzőknek alkalmuk volt kimutatni, hogy a mozgások jelentős beszűkülése ill. megszűnése után az intrauterin magzati halál beálltáig a magzat szív működése még 12 órán át monitorizálható volt. A mozgások megszűnését tehát komoly veszélynek tekintik, ilyenkor a folyamatos működés észlelést és a terhesség gyors befejezését tartják szükségesnek. A különösen veszélyeztetett terheseken javasolják a magzatmozgások naponkénti gépi észlelését. A magzati elhalás veszélyének kimutatására szolgáló eljárásokat összevetették és megállapították, hogy a „movements alarm signal” (MAS) (mozgás veszélyjel) megbízhatóbb paraméter, mint a kritikus oestriol-ürítési lelet. Azt is igazolták, hogy a MAS 1–4 órával megelőzi a körjelző FHR-változásokat. MAS esetén meconiumot a magzatvízben csak az esetek 50%-ában találtak. A magzatmozgások gyakoriságának növekedését a hang-, fény-, érintés-, nyomás és ultrahang behatásokra adott válaszként értékelik. Ismeretlik a veszélyeztetett terhesek hármas csoportbeosztását, melyet a hormonürítési, enzim-, ultrahang cephalometriás, FHR és magzatmozgás teszt vizsgálatok adatai alapján végeznek el.

Berkő Péter dr.

A magzatvíz HPL szintjének vizsgálata normál és toxemiás terhességben. D. Lolis és mtsa (Department of Obstetrics and Gynecology, University of Athens,

Alexandra Maternity Hospital): Acta Obstet Gynecol Scand 1978, 57, 367–369.

Az amniális folyadék HPL értékét még kevesen vizsgálták. RH-incompatibilitásban és normál terhességben már történtek vizsgálatok, de toxemiás graviditásban még senki sem vizsgálta a magzatvíz HPL szintjét.

A szerzők 205 magzatvíz mintát dolgoztak fel. 162 normál és 43 toxemiás terhestől nyerték az anyagot. A csoportosítás a terhességi hetek szerint történt és ezek értékeit hasonlították össze. Az első csoportba 27–33 hét közötti terhesek kerültek. A 18 normál terhes HPL átlagértéke a magzatvízben 0,78 µg/ml, a 15 toxemiásnál 0,5 µg/ml volt.

A második csoportot a 34–36 hét közötti terhesek alkották. A két érték 0,85 µg/ml a 19 normál esetben, illetve a 12 toxemiásban 0,59 µg/ml volt.

A 37–39 hetes terhesekből tevődött ki a harmadik vizsgált csoport, amelyben a 45 normál terhes átlag értéke 0,72 µg/ml, míg a 10 toxemiásnál ez csak 0,41 µg/ml volt.

Végül az utolsó csoport a 40–42 hetes szülők közül adódott. A 80 normál terhesnél 0,64 µg/ml értéket, a 6 toxemiásban csak 0,17 µg/ml-t találtak.

Valamennyi csoportban szignifikáns volt a különbség. Nem tudták egyértelműen megmagyarázni, hogyan jut át a HPL a keringésből a magzatvízbe. Egyes kutatók véleménye alapján a membrándifúziós utat feltételezték. A szerzők jó paraméternek tartják a magzatvíz HPL szintjének vizsgálatát, mely elősegíti a toxemiából eredő magzati kockázat csökkentését.

Hegedűs Tibor dr.

„Azon bölcs embereknek, akik visszautasítják az államügyekben való részvételt, az a büntetése, hogy a buta emberek által kormányzott államban kell élniük”

Plato



A heveny pancreatitis és mellkasi szövődeményei.

T. Szerkesztőség! Nagy érdeklődéssel olvastam Széll Kálmán dr. és Tóth E. Zsuzsanna dr. közleményét „A heveny hasnyálmirigygyulladás pleuropulmonalis szövődeményeiről”. (O. H. 1979, 120, 1007.) Kitűnő összefoglalást adnak a kórképről és saját anyagukat részletesen ismertetik.

Szeretném azonban felhívni a figyelmet a kórkép egy olyan formájára, amit az elmúlt két évtizedben néhány esetben észleltem. A pleuropulmonalis elváltozás ezekben az esetekben *elsődlegesen* jelentkezett és csak retrospektíve lehetett a pancreatitist diagnosztizálni. Mint a közleményben írják, a pancreatitis súlyossága és a mellkasi szövődemények nem állnak feltétlen arányban, így fordulhat elő, hogy rövid gyakorlatilag „néma” hasi szakasz után a pleurális folyadék, illetve a pulmonalis elváltozás az, ami miatt a beteg belgyógyászati (tüdő) vagy IB osztályra kerül. A súlyos respiratorikus állapotban levő betegek Széll dr.-ék által leírt kezelésben részesültek és általában jól reagáltak, mivel a pancreatitis viszonylag enyhe lefolyású volt. A diagnózist csak a pleurális folyadék erősen emelkedett amylase értékével lehetett bizonyítani, illetve egy esetben pancreas cysta alakult ki, ami a későbbiekben műtetre került.

Mindezzel arra szeretném felhívni a figyelmet, hogy az olyan súlyos pleuropulmonalis kórképek-nél, melyek aetiológiája nem tisztázott, gondolni lehet (és kell) a viszonylag némán lezajló akut pancreatitise is. A diagnózist a pleurális folyadék magas amylase tartalma támaszthatja alá.

Serényi Pál dr.

T. Szerkesztőség! Nagyon köszönjük Serényi Pál dr. hozzászólását, mely cikkünk mondanivalóját alátámasztja és kiegészíti. Serényi dr.-hoz hasonló tapasztalataink természetesen már csak azért sem lehetnek, mert az IBO-ra csupán pleurális folyadékgyülem miatt nem veszünk fel beteget, a pancreatitisekből is csak a szövődényes súlyos esetek kerülnek felvételre. Ilyenformán „néma” pancreatitissel nem találkozunk s bár „szubklinikus” formában lezajló pancreatitissről mi is olvastunk, de a néma pancreatitis létezése szokatlanul tűnik. Az emelkedett amylase tartalom (hyperamylasaemia) nem jelent egyet a pancreatitissel (hiánya sem zárja azt ki), mert nem pancreas eredetű isoamylasek

is emelhetik — nem is ritkán — az amylase szintet. Nem vonjuk természetesen kétségbe Serényi dr. észleléseit (hiszen maga is azt írja, hogy két évtized alatt csak néhány ilyen esete volt), s nem is reá vonatkozik az az érzésünk, hogy az ún. „néma” pancreatitisek zömében inkább az orvos süket, mintsem a pancreas néma.

Széll Kálmán dr.

Tóth E. Zsuzsanna dr.

A röntgenológiai szívterfogat mérésének néhány problémájáról.

T. Szerkesztőség! Fráter Lóránd dr.-nak a röntgenológiai szívterfogat mérésére kidolgozott módszerét a gyakorlati alkalmazás szándékától motivált fokozott figyelemmel olvasva, (O. H. 1979, 120, 503. o.) néhány kérdés merült fel bennem.

1. Hogyan valósítható meg a gyakorlatban a mérés nagyfokú pontossága, az, hogy a vizsgálat körülményeiből (légzésfázis, szív-fázis) és a vizsgálónak a gyakorlottsággal csak bizonyos mértékig csökkenthető szubjektivitásából származó hiba mindössze 3–4%-ot tegyen ki? A szív haránt (Tr), illetve legnagyobb vízszintes mélységi átmérője (1_{max}) megfelelő feltételek mellett készített kétirányú mellkasfelvételen milliméter pontossággal mérhető. A magassági átmérő (A) mérésénél viszont már centiméteres nagyságrendű eltérések lehetnek, hiszen sem felfelé, sem lefelé nem húzható éles határvonal.

2. Milyen szorozótényezővel kell számolni, ha nem 2 méterről, hanem a szórt sugárrács paramétereire való tekintettel és a mozgási élettenség kiküszöbölése céljából 1,5 méter fókusztávolsággal készítjük a mellkasfelvételeket?

3. A terhesek kardiális állapotának megítélésében a röntgenológiai szívterfogat meghatározásának fontos szerepe lehet. A jelenleg elfogadott álláspont szerint a magzat esetleges sugárkárosodásának elkerülése érdekében csak a terhesség betöltött hatodik hónapja után szabad mellkasfelvételt (nagyméretű filmre) készíteni. Bár konkrétan nem foglalt állást a szerző, hogy mikor történjék a terhesek röntgenvizsgálata, de feltételezhető, hogy a terhesgondozás során, koraszülés veszélye esetén már korábbi terhességnél is felmerül ennek klinikai igénye.

Hogyan egyeztetethetők össze a sugárvédelmi szempontok és az objektív megítélés igénye?

4. Nem teljesen érthető az összefoglalásban említett „a szívterfogat nagy egészséges anyagon nyert abszolút és negatív normálértékei” (sajthiba?).

Fehérvári Szabolcs dr.

T. Szerkesztőség! Fehérvári Szabolcs dr. indítékát — a gyakorlati alkalmazás szándékát — nagyon fontosnak és örömetesnek tartom, hiszen a módszer kidolgozása éppen ebből a célból, az eddigi eredmények értékelése pedig ennek érdekében történt. Kérdéseit illetően:

1. A válasz gyakorlati példák nélkül is túl sok helyet igényelne; az érdeklődő a 13. szám alatt hivatkozott irodalom 74–86. oldalán részletesebben olvashat erről. Itt csak annyit, hogy az elengedhetetlen *kemény sugár technika* a rekesz alatti terület bizonyos megítélését is lehetővé teszi, másrészt a szívcsúcs helyének megállapításakor az oldal irányú felvétel információit is figyelembe kell venni. Ettől függetlenül a mérési hiba valóban A meghatározásnál a legnagyobb: tapasztalatlan vizsgáló 50 mérésből átlagban $1,0 \pm 0,1$ cm-nek, az adott méret $9,1\%$ -ának (!) adódott. Gyakorlott vizsgálónál, 102 mérésből az eltérés csupán $0,3 \pm 0,03$ cm, azaz $3,2\%$ a hitelt érdemlőnek tekinthető mértéktől (Hiv. irod. 98–118. o.). Az egész terfogatmérés hibája az előbbi esetben átlag $8,8\%$, az utóbbiban $3,1\%$. Az utóbbi csoportban A méretében 1 cm vagy annál nagyobb hiba 7 esetben ($6,7\%$) fordult elő, a legnagyobb eltérés 1,5 cm volt. Ezt az eredményt az adott vizsgáló néhány száz vizsgálat után érte el.

2. A mellkasfelvételi állványban általában használt szórt sugárrácsok minden további nélkül alkalmazhatók 200 cm fókusztávolságú távfelvételek készítésére. A Siemens—Elema AB gyári adatai szerint egy viszonylag nagy, 8:1 állandójú, 105 cm-re fókusztávolságú 73–185 cm között használható, az utóbbi esetben egy 35×35 cm-es film szélén a rács elnyelése még csak 2,5–2,5 cm-es sávot halványít el 50%-ig. Magunk a standard, 140 cm-re fókusztávolságú rácsot használjuk 200 cm-ről, teljes meglepéssel. Ez tehát nem indokolja a felvételi távolság csökkentését.

A keménysugár technika rövid expozíciót és nagyobb távolságon is kisebb dóziseszt biztosít. Szokásos expozíciós értékeink 6 venti-

les készüléken a.-p. felvételre 115—120 kV, 250 mA, 0,05 sec és oldalirányú felvételre 115—125 kV, 48—100 mAs. Végül: az 1,5 m-ről készített felvételek nem más mértékű nagyításuk, hanem *torzításuk* miatt nem fogadhatók el. Ha ezt figyelmen kívül hagyjuk, a képlet módosítása erre az esetre vonatkozóan így szólhatna:

$$V = \frac{0,63 \cdot 200 - 50 \text{ Tr} \cdot 200 - 50}{A \cdot 200 - 50 \text{ lmax}} = \frac{0,27 \cdot \text{Tr} \cdot A \cdot \text{lmax}}$$

3. A terhesség, illetve a koraszülés kapcsán idézett hazai szerzők (Boda és mtsai O. H. 1967, 108, 1254.) a terhesség különböző szakaszaiban készült ernyőkép felvételeket használtak fel hangsúlyozottan megközelítő jellegű vizsgálódásaikat. Az eredeti közléseket ők idézték.

A sugárvédelmi problémákhoz néhány adat: Nőknél 2 irányú, nagy formátumú mellkasfelvétel alatt a gonádexpozíció 6 mR, ke-

ménysugár technikával dolgozva még ennél is kisebb. (Fiebach és mtsai, Radiologie 1977, 17, 401.). Alacsony dózisteljesítmény mellett az abszorbeált dózisnak csupán $\frac{1}{12}$ — $\frac{1}{4}$ része mutagén hatású. Az érett oocyták és spermatoocyták az abszorbeált dózistra érzékenyebbek, mint az éretlenek (Schmitt és mtsai: Radiologie, 1977, 17, 408.).

4. A *negatív* sajnos sajtóhiba, helyette *relatív* olvasandó.

Fráter Loránd dr.

HALOPERIDOL

tabletta, injekció, cseppek

ÖSSZETÉTEL:

1 amp. (1 ml) 5 mg haloperidolum-ot,
1 tabl. 1,5 mg haloperidolumot,
1 üveg (10 ml) 20 mg (10 csepp = 1 mg) haloperidolumot tartalmaz.

HATÁS: A haloperidolum a butyrophenon csoportba tartozó neuroleptikum. Hatásmechanizmusa még nem pontosan tisztázott. A psziché és más eredetű túlmozgásokkal járó körkékben és állapotokban kiemelt jelentőségű. Specifikus hányáscsillapító hatása alacsony dózisban is érvényesül.

JAVALLATOK: Minden olyan körkép, amely motoros és pszichés agitációval jár, mania, oligophrenia, paranoid, hallucinátoros állapotok és epileptiformis psychosisok, delirium tremens, Huntington chorea, csillapíthatatlan hányás.

ELENJAVALLATOK: Izomtónus fokozódásával járó extrapyramidalis megbetegedések és az anamnezisben megismert ilyen jellegű mozgászavarok. Depressiók és depressív hangulattal járó elmegyógyászati tünetcsoportok.

ADAGOLÁS: Az injekció alkalmazása általában akkor javallt, amikor az orális adagolás valamilyen okból lehetetlen (pl. nagyfokú agitatio). Adagja ilyenkor intramuscularisan 1 ampulla (5 mg). Felnőttek átlagos orális adagja 4,5—18,0 mg (3—12) tabl., az egyéni tűrőképesség és szükséglet figyelembevételével, egyenlő részekre elosztva. Gyermekek napi orális dózisa 5 éves korig átlagosan 0,5—1 mg ($\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ tabletta vagy 5—10 csepp); 6—15 éves korig 1—2 mg (10—20 csepp).

Krónikus hányásban általában 2 × 10 cseppet (2 mg) adnak naponta.

MELLEKHATÁSOK: Huzamosabb ideig tartó kezelés után a betegek nagy részénél akinesia, tremor, izomhypertonia vagy egyéb parkinsonszerű tünetek léphetnek fel. Ezek a tünetek az adag csökkentésére vagy a kezelés átmeneti abbahagyása után spontán megszűnnek, illetve antiparkinsonos szerekekkel kupírozhatók.

KÖLCSÖNHATÁSOK:

A Haloperidolt ne alkalmazzuk; együtt:
— anticholinerg készítményekkel (növekedhet az intraocularis nyomás),
— központi idegrendszeri bénítókkal (hatásfokozódás),
— MAO inhibitorokkal (hatásfokozódás),
— antihipertenzívumokkal (hatásfokozódás),
— triciklikus, depressió elleni szerekekkel,
— orális anticoagulansokkal együtt adva újra be kell állítani a beteg anticoagulans adagját.

FIGYELMEZTETÉS: A gyógyszer bevétele, ill. alkalmazása után 8—10 órán belül, vagy folyamatos szedése, ill. kezelés esetén a kúra időtartama alatt járművet vezetni, magasban vagy veszélyes gépen dolgozni tilos. Alkalmazásának, ill. hatásának tartama alatt tilos szeszes italt fogyasztani.

MEGJEGYZÉS: A tablettát és a cseppeket az orvos akkor rendelheti, ha azt a területileg, illetőleg szakmailag illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja.

Az injekciót az a szakrendelés (gondozó) szakorvosa rendelheti, aki a gyógyszer javallatai szerint betegség esetén a beteg gyógyszerelésére területileg és szakmailag illetékes. Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.



CSOMAGOLÁS:

5 ampulla (1 ml)
50 tabletta
1 üveg (10 ml)

térítési díj: 2,20 Ft
térítési díj: 2,10 Ft
térítési díj: 2,60 Ft



KÖNYVISMERTETÉS

Egészségügyi ABC (IV. átdolgozott bővített kiadás). Medicina Kiadó Bp. 1978.

Az orvosnak napjainkban — ha akarja, ha nem — tudomásul kell vennie, hogy az ősi, szinte kizárólag csak tekintélyvel alapuló medicina korszaka egyszer és mindenkorra lejárt. Miközben a kutató orvostudomány az élettan és a kórélettan egyre több molekuláris rejtélyét deríti fel napról napra, a medicina is fokozatosan válik az ősi kézírtevésségből természettudományos tevékenységgé. Eközben a technika és a tudomány egyre mélyebben hatol be korunk emberének mindennapos tevékenységébe, sőt magánéletébe is. Nem meglepő, sőt törvényszerűen szükséges, hogy a középkori művelt ember ideálját felváltsa a mai, amely a hagyományos humán ismeretanyag mellett tartalmazza az alapvető természettudományos ismereteket, köztük az emberi test szerkezetének, működésének alapelveit is. Ezt az ismeretanyagot igyekszik közvetíteni az iskolai oktatás és a különböző fórumokon folyó közművelődéspolitikai is. Hogy mekkora az igény e téren, azt mi sem bizonyítja jobban, mint az a tény, hogy a különböző tömegkommunikációs fórumok által felkínált egészségügyi kapcsolatos információk örvendeznek legnagyobb keresettségnek, érdeklődésnek.

Ilyen körülmények között nem meglepő, hogy a beteg a körzeti orvosi rendelőben, a szakrendelőben, vagy a kórházi osztályokon nemcsak gyógyulást keres, hanem érdekli az is, hogy mit, miért, milyen eszközzel vizsgálják, de az is, hogy gyógyszerre hogyan fejt ki hatását, vagy egy-egy műtét alkalmával mit változtat az orvos szervezetében. Az elmúlt félszázad alatt szerte a világon, számos élvonalbeli klinikáról jelent meg olyan közlemény, amely azt mérte fel, hogy az egyes intézmények orvosai milyen mértékben és milyen szakszerűséggel elégtették ki vagy hagyták kielégetlenül a betegek információ-éhségét. Ezt az információ-éhséget egyébként az említett intézmények vezetői nemcsak indokoltnak és jogosnak tartják, hanem különböző vizsgálatok kapcsán igazolták azt is, hogy a kellő informáltság elősegíti a gyógyulást, vagy ha úgy tetszik, megrövidíti a kórházi ápolási napok számát és meggyorsítja a betegeknek a természetbe való visszajuttatását. Érvényes ez a megállapítás akut betegségek esetén, de méginkább akkor, ha krónikus betegségről van szó. Alig

akad napjainkban lelkiismeretes, a betegek sorsával törődő orvos, aki ne tartaná létfontosságúnak krónikus betegség esetén a beteg kellő tájékozottságát ahhoz, hogy az orvos és a beteg közti együttműködés optimális eredményt hozzon a beteg számára. Így egyre több pl. azoknak a diabetológusoknak a száma, akik szinte arra törekcszenek, hogy a cukorbetegeket — különösen ha juvenilis diabetesről van szó — szinte diabetológussá képezzék ki. De a kellő informáltság elengedhetetlen olyan krónikus betegségeknél is, mint pl. az asthma bronchiale, a primaer chronikus polyarthrititis stb.

Hazai egészségügyünk és ennek egyik letéteményese a Medicina Kiadó már a kezdet kezdetétől igyekezett a laikus érdeklődő — legyen egészségről vagy betegről szó — érdeklődését kielégíteni. Sok más kiadványa között a népszerű egészségügyi ismeretterjesztés terén a kulcs helyzetet az először 1966-ban megjelent „Egészségügyi ABC” töltötte be. Ebben közel három tucatnyi illusztráció szerző és majdnem ugyanennyi szaklektor — valamennyien hazai egészségügyünk reprezentánsai — vállalkozott arra, hogy az egyes közérdeklődésre számot tartó címszavakat röviden, világosan, de a mindenkori orvostudomány korszerű szemléletének megfelelően bocsássa az érdeklődők rendelkezésére. Menetközben egy-egy újabb bővített kiadásban gondoskodtak a megfelelő címszavak korszerű átdolgozásáról, vagy a hiányok pótlásáról. Így vált lehetővé, hogy a mostani negyedik kiadással az „Egészségügyi ABC” lakosságunk tetemes hányadának könyvespolcán ne csak helyet kapjon, hanem vitás vagy aggasztó kérdésekben szakszerű és megbízható tájékoztatást nyújtson. Nem szabad azonban elhallgatni azt sem, hogy e kötet nélkül tulajdonképpen a körzeti orvos, de a szakorvos könyvtára sem teljes. Nem lehet teljes azért, mert mindezekelőtt az orvosnak is tudnia kell, hogy betegek milyen forrásból, milyen mélységig tájékozottak az őt esetleg vitálisan érdeklő kérdésekről. De azért is hasznos ez a népszerű lexikon az orvosnak, mert úgy a körzeti orvost, mint a szakorvost szakszerűen tájékoztathatja egy-egy olyan kérdéssről, amelyről az orvos menetközben deríti ki, hogy tájékozottsága egy-egy kérdéssről elégtelen. Az egészséget, a beteget és az orvost a tájékozódásban e kötetben nemcsak a precízen fogalmazott szöveg, hanem a bőséges ábra, illetőleg illusztráció is segíti.

Nincs azonban olyan gondos vagy tökéletes munka, amin tovább ne lehetne javítani. Így pl. egyes kérdésekben, mint pl. az akupunktúra címszónál, nemcsak az eljárás ismertetésére, hanem kritikus állásfoglalásra is szükség lenne. Nem közömbös ugyanis, hogy egy bázis-mű hogyan foglal állást ezzel a sok miszticizmussal övezett, de napjainkban erősen divatos terápiás beavatkozással. Másutt viszont az állásfoglalás mellett a címszó jelentősége miatt szükség lenne, hogy egy-egy kérdést nagyobb terjedelemben, nagyobb mélységben ismertessen a lexikon. Így pl. a fogamzásgátló címszó keretén belül a potenciálisan érdekelt nők biztosan sokkal többet szeretnének olvasni a per os fogamzásgátló tabletták ártalmatlanságáról, mellékhatásairól, kontraindikációiról stb. Erdemes tehát elgondolkozni azon, hogy az elővándó újabb kiadásokban akár a terjedelem megnövelése, akár egyes kevésbé jelentős címszavak megrövidítése vagy elhagyása árán is érdemes törekedni egyes címszavaknál határozottabb állásfoglalásra, illetőleg másoknak nagyobb terjedelemben való ismertetésére. Ezek a változások talán még inkább fogják segíteni az „Egészségügyi ABC”-t abban, hogy minden család és minden orvos könyvespolcán az orvos és beteg közti hatásos együttműködés megbízható fundamentumává váljék.

Szendei Ádám dr.

E. Götz. P. Lawin: Anästhesie bei kardiochirurgischen Eingriffen. INA Band 11, G. Thieme Verlag, Stuttgart, 1978, 142 old. Ára: DM 39,—

A könyv a Münsterben 1977-ben megtartott szimpozium anyagát adja közre 139 oldalon, 85 ábrával és 36 táblázattal illusztrálva a szöveget. A 24 szerző a nyugatnémet, svájci és osztrák anaesthesiológusok, szívsebészek anaesthesiával foglalkozó legismertebb szakembere. Közülük jó néhányan több mint 20 éves gyakorlattal rendelkeznek ezen a területen, és számos új megállapítást is tettek. Ez egyben az is jelenti, hogy végigkúzdották az extracorporalis perfúzióval végzett szív-műtétek kezdeti igen nehéz időszakát is, hiszen az első sikeres műtétet csak 25 évvel ezelőtt végezte Gibbon és munkacsoportja. Az egyes fejezetek végigvezetnek az anaesthesiologiai feladatok sokaságán, időrendi sorrendben, kezdve a beteg műtét előtti előkészítésétől a műtét utáni intenzív terápiás ellátás speciális problematikájáig. Nem tankönyvet írtak a szerzők, hanem egyéni megfigyeléseken és pontos méréseken alapuló klinikai tapasztalatokat ismertetnek. A könyv legfőbb értéke, és ez minden fejezeten vezérfonalként fut végig,

hogyan gyakorlatias. Nem vitatható elméleteket ismert, hanem arra ad választ, hogy egy bizonyos betegcsoportban a műtét előtt, alatt, után, milyen nehézségek merülnek fel és mi ezeknek megoldása.

A műteti előkészítés és az anaesthesia vezetése c. fejezetben olvashatjuk, hogy a szívsebészeti beavatkozásokat csak team munkában lehet végezni eredményesen. Az anaesthesiologusnak is pontosan kell ismernie a beteg praeeoperatív haemodinamikai statusát, tudnia kell, hogy az adott kóros haemodinamikai állapotot a praeeoperative adott gyógyszerek és az anaesthesiában használt gyógyszerek hogyan befolyásolják. Enélkül a súlyos betegek biztonságos narkózis vezetése nem valósítható meg.

Ismertetésre kerül a Zürichben használt anaesthesiologiai technika, melynek főbb komponensei felnőtteken: praeeoperatív sedálás Flunitrazepammal, az anaesthesia bevezetése Flunitrazepam és szükség szerint Atropinnal, valamint Fentanylal történik. Izomrelaxansként Pancuroniumot használnak és nitrogén-dioxid-oxigénnel tartják fenn az anaesthesiát, ha kell a Fentanyl és a Pancuronium adását megismétlik. Csecsemőkön és kisgyermeken Flunitrazepam — Atropin praemedicatio után Halothan — nitrogén-dioxid — oxigénnel vezetik be az anaesthesiát, fenntartására intubálás után ezekhez még Pancuroniumot adnak.

A 2. fejezet az extracorporalis perfusio alatti pathophysiologiai változásokkal foglalkozik és számos tanácsokat ad a szövődmények praeventíójára és terápiájára.

A 3. fejezet a szerzett szívbetegségek esetében alkalmazott anaesthesiologiai technikát ismerteti. Kiemelésre kerül az anaesthesia bevezetésének fontossága a súlyos coronaria-betegeken. Megfelelő praemedicatio (Morphin-Nembutal, Valium, Atropin) után az anaesthesiát Diazepammal és Thiopentalnal vezetik be, Pancuroniummal relaxálnak és fenntartásra nitrogén-dioxid-oxigen-Ethane keveréket használnak.

Az egyes szívbillentyű hibák esetében használt technikákat is részletesen ismertetik. Hangsúlyozzák az újabban előtérbe került vasodilatációs technikák használatát, különösen a bal szívfél elégtelenségében végzett narkózisok alatt, a bal kamra munkájának megkönnyítésére.

A 4. fejezet az electro-akupunktura szív-műtétekben történő alkalmazásával foglalkozik.

Az 5. fejezet a csecsemőkori szívsebészeti beavatkozások alatti anaesthesiologiai technikát ismerteti, kitérve a palliatív műtétekre és az extracorporalis perfusióban végzett műtétek speciális problémáira egyaránt. Különösen értékesek a keringés megállításban, mély hypothermiában végzett műtétek anaes-

thesiájának tapasztalatai. Itt az anaesthesiologus feladata az igen pontos műszerekkel mért keringési és légzési, valamint vérgáz paraméterek folyamatos megfigyelése alapján végzett korrekciókból áll elsősorban.

A 6. fejezet a sav-bázis és electrolyt-háztartás zavaraiával foglalkozik az egyes szívsebészeti műtétekkel kapcsolatosan.

A 7. fejezet a szív-műtétek alatti vérzési és véralvadási zavarokat és ezek terápiáját tárgyalja.

A 8. fejezet a könyv egyik legértékesebb része. A szívsebészeti beavatkozások alatt és után használt keringésre ható gyógyszerek hatásmechanizmusát, indikációit, és a terápiás tapasztalatokat foglalja össze racionálisan és a klinikai gyakorlat szemszögéből nézve.

A 9. fejezet hasonlóképpen tárgyalja a gyógyszeres vasodilatatio kérdését. A gyakorló anaesthesiologus számára azért fontos ez a két fejezet, mert ezek azok a kérdések, melyeket sem a tankönyvek, sem a kézikönyvek így nem foglalnak össze. A betegágy mellett pedig pontosan arra van szükség, hogy egy adott pathophysiologiai elváltozás esetén, pontosan mért keringési paraméterekkel meghatározott haemodinamikai állapotban tudjuk, hogy milyen gyógyszereket adhatunk és ezeket hogyan kombinálhatjuk más terápiás módszerekkel (respiratortherapia, intra-aorticus ballon pumpa stb.). Ezen komplex feladatok megoldására nyújt igen jó segítséget a 8. és 9. fejezet.

A 10. fejezet a műtét alatti és a műtét utáni legfontosabb életműködések folyamatos monitorozásáról szól. Részletesen tárgyalja az egyes információk értékét és azok jelentőségét. Kiemelten foglalkozik a bal szívfélben és az arteria pulmonalis rendszerben mért nyomások, valamint a perctérfogat mérés jelentőségével a szív-műtétek után.

A 11. fejezet a szív-műtétek utáni keringési viszonyokkal foglalkozik. Hasznos utasításokat ad a vasoconstrictiv állapotok, a jobb szívfél elégtelenség kezelésére vonatkozóan. Utalást találunk az intra-aorticus ballon pumpára, valamint a keringés asszisztálásának más módszereire és ezek alkalmazhatóságára is.

A 12. fejezet a szív-műtétek utáni respirator kezelés és a tüdőfunkció kérdéseiről szól. Gyakorlati tapasztalatok alapján foglalja össze a respirator kezelés indikációit, valamint a respirator kezelés megszüntetésének indikációit is. Mindezeket az egyéb életfontos szervek működésével kapcsolatosan tárgyalja, ami jelentősen emeli ezen fejezetek értékét.

A könyv végén egy rövid összefoglalást találunk, ahol kérdés-felelet formájában a szimpozion résztvevői válaszolnak a hozzájuk feltett kérdésekre.

A könyv igen hasznos olvasmány, mivel kitűnő tájékoztatást nyújt a szívsebészeti anaesthesiával és a postoperatív kezeléssel foglalkozó orvosoknak az esetenként igen bonyolult problémák megoldásában.

Barankay András dr.

Reinhard Wille: Nachuntersuchungen an sterilisierten Frauen. „Der Fall Dr. Dohrn” zwölf Jahre danach. 1978. Ferdinand Enke, Stuttgart, Medizin und Recht sorozat, 5. kötet, 177 oldal, Ára: 45 DM.

Axel Dohrn dr. német nőgyógyász a második világháború utáni években a szakemberek és a közvélemény ellenállásával szembeállva propagálta és gyakorolta a sterilizációs fogamzásgátlás módszerét. A módszer a fasiszta államrend kényszer-sterilizálásai Németországban korábban meglehetősen diszkreditáltak. Dohrn kitarított amellett, hogy a módszernek megvannak a megfelelő indikációi és bizonyos esetekben a legjobb fogamzásgátló eljárás, irreverzibilitásán kívül más mellékhatása, ártalma nincs. Sterilizációs műtéteit Dohrn a hatvanas évek elején bíróság előtt is állt, később azonban saját klinikáján tovább végzett ilyen műtéteket, nemcsak nőkön, mint ahogyan kezdte, hanem férfiakon is.

A szerző Dohrn 2175 nőbetegét vizsgálta felül katamnesztikusan, különösen az ártalmakra, a sterilizáció utóhatásaira figyelve. Megállapításai szerint a módszer jónak bizonyult a sterilizált nők túlnyomó többsége elégedett volt állapotával, és testi vagy pszichikus mellékhatások nem voltak észlelhetők náluk. A szerző különös részletességgel vizsgálta a pszichikus ártalmak kérdését, azonban a vizsgálati eredmények elég megnyugtatók voltak. Az esetek többségében a szexuális élet és a házastársi kapcsolat a sterilizációs műtét után javult.

A szerző áttekinti a sterilizáció irodalmát és megpróbálja megjelölni a módszer helyét a fogamzásgátló eljárások között. Szélesebb indikációs területet rajzol körül, mint a ma általában elfogadott.

A szerző nyilvánvalóan elfoglalt a sterilizációs módszer mellett, és vizsgálatában Dohrn tisztelete és rehabilitációjának szándéka vezeti. Kérdésfeltevésai között néhány olyan is van, amely szinte a pozitív választ sugallja. Ezzel együtt azonban következtetései nagyjából elfogadhatóak, és munkája az eljárás pszichológiai és szociológiai körülményeivel és következményeivel kapcsolatosan az érdekelte szakorvosok és más szakemberek számára hasznos olvasmány lehet.

Buda Béla dr.



HÍREK

A Debreceni Orvostudományi Egyetem 1979. szeptember 21-én 15 órakor, az I. Belklinika tantermében — prof. Vályi-Nagy Tibor emlékére — *tudományos ülést* rendez.

1. **Prof. Szabó Gábor:** Megemlékezés Vályi-Nagy professzor tudományos munkásságáról (15 perc).
2. **Prof. Hernádi Ferenc:** Béta laktám típusú antibiotikum kutatás Debrecenben (20 perc).
3. **Szilágyi Imre dr.** (Budakalás): A primycinről (15 perc).
4. **Prof. Kelentey Barna:** A nitrilek farmakológiája (15 perc).
5. **Jeney András dr.** (Bpest.): Daganat-kemoterápiás kutatás (20 perc).

A Magyar Sebész Társaság Tiszántúli Szekciója és a Szabolcs-Szatmár megyei Kórház-Rendelőintézet Tudományos Bizottsága 1979. szeptember 15-én, de. 11 órakor Nyíregyházán, a Megyei Könyvtár előadótermében — Eisert Árpád — emlékére — *tudományos ülést* tart.

Üléselnök: **Pálffy Roland dr.**

Dohanics Sándor dr.: Emlékezés Eisert Árpádra.

Prof. Szelezcky Gyula: A korszerű epesebézés problémái.

Prof. Petri Gábor: A sebész-képzés időszerű kérdései.

Szállásigény és a közös ebéden való részvételi szándék bejelentési határideje: 1979. szept. 11. Cím: **Loós Tibor dr.** 4412 Nyíregyháza, Sóstói u. 62.

A Korányi Frigyes Tbc és Tüdőgyógyász Társaság Bronchologiai Sectioja 1979. szeptember 14-én (péntek) 9 órakor Pécsen, az Orvostudományi Egyetem Központi Épület III. sz. tantermében (Szigei u. 12.) *tudományos ülést* rendez.

Téma: **A légcső és a nagyhörgők röntgenárnyékot nem adó betegségeinek diagnosztikája.**

A referátumok ideje 15 perc, az előadásoké 7 perc.

Vetítési lehetőség 5×5 cm-es diapoitív.

Részvételi díj tagoknak 300 Ft, hozzátartozóknak 200 Ft.

A Nemzetközi Diabetes Társaság 1979. szeptember 17–18-án Budapesten, az Orvostudományi Egyetem Elméleti Tömb termében (IX., Nagyvárad tér 4.) *továbbképző ankétot* rendez a „diabetes mellitus” tárgyköréből.

Az ankét vezetője: **L. P. Krall (USA).**

1979. szeptember 17. (hétfő)
9.00 óra

Ünnepi megnyitó

9.30 óra
Elnöki sectio

A diabetes típusai és ezek pathogenezeise

Elnök: **A. Bloom (Anglia).**

A. Bloom (Anglia): A diabetes heterogenitásáról és osztályozásáról.

E. Wolf, A. N. Gorsuch (Anglia): Genetika — HLA-rendszer — populációs és családvizsgálatok.

G. F. Bottazzo, P. Pozzilli (Anglia): Humoralis és cellularis immunitás.

A. G. Cudworth (Anglia): Környezeti tényezők.

Hozzászólások — Vita

Vitavezető: **A. Bloom.**

Szünet

Elnök: **K. G. M. M. Alberti (Anglia).**

G. Leslie (Anglia): Genetika — A Chlorpropamid + alkohol okozta „plush”.

S. Fajans (USA): Az inzulin és egyéb hormonválaszok heterogenitása.

Hozzászólások — Vita

Vitavezető: **K. G. M. M. Alberti (Anglia).**

Genetikai és immunológiai tényezők szerepe a diabeteses szövődmények kialakulásában

G. Leslie, A. G. Cudworth (Anglia): Genetikai tényezők.

U. Di Mario (Olaszország): Immunkomplexek.

Megbeszélés — Vita

Vitavezető: **K. G. M. M. Alberti (Anglia).**

Szünet

Délután 14.00 óra
Második sectio

A cukorbeteg életciklusa

Elnök: **D. Pyke (Anglia).**

Cukorbetegség: kóros jelenségek és kezelés hatása

D. Pyke (Anglia): Honnan ered a cukorbetegség?

Ch. Binder (Dánia): Az inzulinsecretio és hormonális összefüggései

B. L. Wachenberg (Brazília): A vörösvérsejtek inzulin-receptorainak jellemzése.

J. Bagdade, (USA): A nem kielégítő anyagcsereegyensúly hatása a granulocyták működésére.

A. Szabó (USA): Az egyensúlyban nem levő cukorbetegség hatása a szív- és vázizmok káliumtartalmára.

Hozzászólások — Vita

Vitavezető: **D. Pyke (Anglia).**

Szünet

Elnök: **Ch. Binder (Dánia).**

A diabeteses életciklus és a szövődmények

R. B. Tattersall (Anglia): A diabetes első néhány éve.

K. G. M. M. Alberti (Anglia): A szövődmények keletkezéséről.

G. Menzinger (Olaszország): Ha valaki már hosszabb ideje cukorbeteg...

G. Kozak (USA): A diabeteses beteg bőrgyógyászati problémái.

O. Ganda (USA): Néhány szó a hyperlipidaemiáról.

S. Sinha (Ausztrália): A neuropathias izület.

M. Ellenberg (USA): Az impotentia oka és kezelése cukorbetegségben.

Hozzászólások — Vita

Vitavezető: **Ch. Binder (Dánia).**

1979. szeptember 18. (kedd)

9.00 óra

Harmadik sectio

Diabetes és terhesség

Elnök: **J. J. Hoet (Belgium).**

J. J. Hoet (Belgium): A magzati anatómia újabb eredményei diabeteses terhességgel kapcsolatban.

L. Molsted, Pedersen (Dánia): A magzati növekedés felmérése diabeteses terhesség során.

K. Fuhrmann (NDK): A szülészeti gondozásról.

Tamás Gyula jr. (Budapest): Az inzulinszükséglet alakulása a terhesség során.

A. Rosenkranz (Ausztria): A diabeteses anya újszülöttje.

10.20 óra

Kerekasztal-megbeszélés a kísérletes vizsgálatok szempontjairól és a gondozás szervezési kérdéseiről

Moderator: **J. J. Hoet.**

Résztvevők: **L. Moldsten, Pedersen, K., Fuhrmann, Tamás Gy. jr., A. Rosenkranz, E. Shafir, R. Kozak, A. Marquez.**

E. Shafir (Izrael): A diabeteses placenta jellemző functionális változások.

R. Korec (Csehszlovákia): Megjegyzések a kísérleti modellekkel kapcsolatban.

A. Marquez (Kuba): Cukorbeteg terhesek gondozásának szervezése.

Szünet

Felkért hozzászólók: **F. Capari (Olaszország), W. P. U. Jackson, J. A. Goldmann (Izrael), Kerényi Zs. (Budapest), W. A. Luqman (USA), J. P. D. Reckless, (Anglia), A. J. Szabó (USA).**

R. Arky (USA): Az anyagcsereegyensúly biztosításának döntő jelentősége.

Információ és jelentkezés a MOTESZ Kongresszusi Irodában (telefon: 122-012), illetőleg a helyszínen.

Az ankét nyelve angol, a szimultán magyar tolmácsolást biztosítjuk.

A Budai Gyermekkorház-Rendelőintézet és a Fővárosi János Kórház Gyermekosztály Orvosi Kara 1979. szeptember 18-án, délután 14 órakor, a Gyermekkorház tornatermében (II., Bólyai u. 9.) *tudományos ülést* tart.

Kemény Pál dr.: Gyakori gyermekkori daganatok.

Az Országos Közegészségügyi Intézet 1979. szeptember 18-án, 14 órakor Budapesten, az Intézet előadótermében (IX., Nagyvárad tér 2.) *tudományos ülést* tart.

1. **Solt Katalin:** Az 1978. évi meningitis-encephalitis járvány epidemiológiai elemzése.

2. **Dömök István, Nagy Gábor, Takátsy Zsuzsanna, Kukán Eszter, György Emese, Molnár Erzsébet, Simon Miklós, Hollós Iván, Szarka Erzsébet:** Az 1978. évi meningitis-encephalitis járvány virológiai elemzése.

Az Orvostovábbképző Intézet II. Belgyógyászati Klinikája és a Vas megyei Tanács Markusovszky Kórház-Rendelőintézet 1979. szeptember 20-án 14.00 órakor Szombathelyen, a Kórház nagyelőadótermében (Hámán K. u. 28.) *továbbképző konferenciát* rendez.

Prof. Strausz Imre: A cardiológia aktuális kérdése.

A Fővárosi János Kórház Tudományos Bizottsága 1979. szeptember 20-án (csütörtök) délután 14 órakor, a Kórház tantermében (XII., Diósárok u. 1.) *tudományos ülést* tart.

1. **Káldor Antal dr.:** A gyógyszerértékelés néhány etikai problémája.

2. **Radó János dr.:** Új diagnosztikus eljárások antidiuretikus veyületek és egy vasopresszin-analog (DDAVP) felhasználásával 1969—79).

3. **Terpítók Mária dr.:** A koraszülött osztály beteganyagának alakulása az elmúlt 5 évben.

4. **Kovács András dr., Ábrahám Lajos dr.:** Pajzsmirigybe vándorolt nyelöcső-idegentest esete.

A Fővárosi XIII. ker. Tanács V. B. Egyesített Gyógyító-megelőző Intézmény Tudományos Bizottsága 1979. szeptember 20-án (csütörtök) 14 órakor, a Kórház előadótermében (XIII., Róbert K. krt. 82—84., „F” ép.) *tudományos ülést* rendez.

1. **Bence Marianna dr., Bokor Péter dr., Fehér István dr.:** Myocardialis infarctuson átesett betegek activ rehabilitációja (25 perc).

2. **Fehér István dr.:** Postinfarctusos betegek egyéni és csoport psychotherapiájával nyert tapasztalatok (10 perc).

A Magyar Nőorvos Társaság Kelet-magyarországi Szakcsoportja 1979. november 15-én, 9 órakor Kisvárdán, a Városi Kórházban *tudományos ülést* rendez.

Témák:

1. *Feladataink a progresszív betegellátásban.*

2. *Tanulságos esetek ismertetése.*

Az első témához 5—10 perces előadások, a másodikhoz 5 perces bemutatások jelenthetők be *szeptember 30-ig*. Cím: *Fekete Imre dr.* (4600 Kisvárd, Árpád u. 26.)

Felhívás

A HÍREK rovatba közlésre szánt programokat

— jól olvasható (eredeti) példányban,

— kettős sortávolsággal, egyoldalasán gépelve küldjék meg a szerkesztőség címére, a kívánt, aktuális szám megjelenése előtt *20 nappal*, a nagyobb terjedelműeket *30 nappal*.

Külföldi előadó előadásának címét *magyarul* kérjük megadni, zárójelben feltüntetve, hogy milyen nyelven hangzik el.

A szerkesztőség

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 17 000 példányban

A kiadásért felel Dr. Petrus György igazgató

Telefon: 116-660

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál,

a Posta hírlapüzletében és a Posta Központi Hírlap Irodánál

(Budapest V., József nádor tér 1., Postacím: 1900 Budapest)

közvetlenül vagy átutalási postautalványon, valamint átutalással a PKHI MNB 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámjára.

Szerkesztőség: 1363 Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 325-109, ha nem felel: 327-530/135

Előfizetési díj egy évre 432,— Ft, negyedévre 108,— Ft, egyes szám ára 9,— Ft



79.2558 Tipografika Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves magasyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

INDEX: 25 674

ISSN 0030—6002

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:

MARKUSOVSKY LAJOS

1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:

ALFÖLDY ZOLTÁN DR.

BRAUN PÁL DR.

DARABOS PÁL DR.

ECKHARDT SÁNDOR DR.

FISCHER ANTAL DR.

FÜZI ISTVÁN DR.

HIRSCHLER IMRE DR.

LENART GYÖRGY DR.

PETRI GÁBOR DR.

PETRÁNYI GYULA DR.

SZÁNTÓ GYÖRGY DR.

*

Felélős szerkesztő:

TRENCSENI TIBOR DR.

*

Munkatársak:

PAPP MIKLÓS DR.

GIACINTO MIKLÓS DR.

BTAGE ZSUZSANNA DR.

WALSA RÓBERT DR.

BUDA BÉLA DR.

HONTI JÓZSEF DR.

VÉRTES LÁSZLÓ DR.

*

120. ÉVFOLYAM

*

37. SZÁM

*

1979. SZEPTEMBER 16.

TARTALOMJEGYZÉK

Bagdy Emőke dr. és Császár Gyula dr.:

Pszichológiai szempontok
az orvosi beszélgetésben 2219

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Perger László dr.:

A bal kamra működés vizsgálata
krónikus obstruktív tüdőbetegeken 2225

Rákóczi István dr., Tallián Ferenc dr.,
Bagdány Sándor dr. és Gáti István dr.:

Thrombocyta-élettartam vizsgálata
nem radioaktív módszerrel
normális és kóros terhességben 2229

Ilyés István dr. és Péter Ferenc dr.:

Golyvaképződés és a vér
reserve-trijódthyronin szint alakulásának
összefüggése gyermekkorban 2233

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Suba Ilona dr., Halmos Tamás dr.,
Deák György dr., Angyal István
és Kiss Péter:

A szomatikus állapot és a betegek
kooperációjának összefüggése
juvenilis típusú (inzulinhiányos)
diabetes mellitusban 2235

ÚJABB DIAGNOSZTIKAI ELJÁRÁSOK

Rostás László dr., Tarján Jenő dr.,
Kellényi Loránd dr., Gáborják Mária dr.,
Wagner Gyula dr. és Blaskovich Erzsébet dr.:

His-köteg EKG telemetriás regisztrálása 2242

A GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Bársony István dr. és Bató Éva dr.:

A perhangyasav (PHS) fertőtlenítő oldat
alkalmazása járóbeteg rendelésén 2245

KAZUISZTIKA

Veress Gábor dr. és Papp Katalin dr.:

Rejtett vezetés által kiváltott
Wenckebach-periodicitás
és kaotikus kamrai tachycardia
intermittáló fascicularis blockban 2251

Tarján Enikő dr., Pintér Endre dr.,
Szüle Péter dr. és Tóth András dr.:

Mellkasfali „homokóra-lipoma” 2255

Szabó Imre dr., Dzsinih Csaba dr.,
Soltész Lajos dr. és Sulyok Zoltán dr.:

Cysticus adventitia degeneratio (CAD) 2257

SZERKESZTŐSÉGI KÖZLEMÉNYEK

Komparatív ikonográfia 2261

Folyóiratreferátumok 2263

Könyvismertetés 2275

Hírek 2278

Verospiron[®] tabletta

ÖSSZETÉTEL

1 tabletta 25 mg spironolactonum.-ot tartalmaz micronizált formában.

HATÁS

A Verospiron az aldosteron antagonistá csoportba tartozó diureticum.

Az aldosteron a distalis tubulusokban szabályozza az iontransport folyamatot, felszaporodása Na-retenciót okoz. Az aldosteron antagonistá hatású Verospiron kompetitív antagonizmus útján gátolja az aldosteron és desoxycorticosteron effectust, azaz fokozza a nátrium- és vízkiválasztást, diuresist okoz és ezáltal elősegíti az oedemák kiürülését.

JAVALLATOK

Máj-cirrrosis ascitissal, cardiális és renalis oedema, agy-oedema, idiopathicus oedema. Ascitissal és oedemával járó daganatos megbetegedések. Hypertóniában antihypertensív kezelésként rauwolfiával, illetőleg salureticumokkal kombinálva. Súlyos égési sérülés, hypokalaemiás és myastheínás eredetű paroxysmalis izombénulás. Portacavalis shunt műtét utáni állapot.

ELLENJAVALLAT

Hyperkalaemiával járó veseelégtelenség.

ALKALMAZÁS ÉS ADAGOLÁS

A diagnózis és a klinikai kép súlyosságának megfelelően az adagot esetenként kell meghatározni.

MELLÉKHATÁSOK

Gastrointestinalis panaszok, ritkán reversibilis gynecomastia, menstruációs zavarok.

FIGYELMEZTETÉS

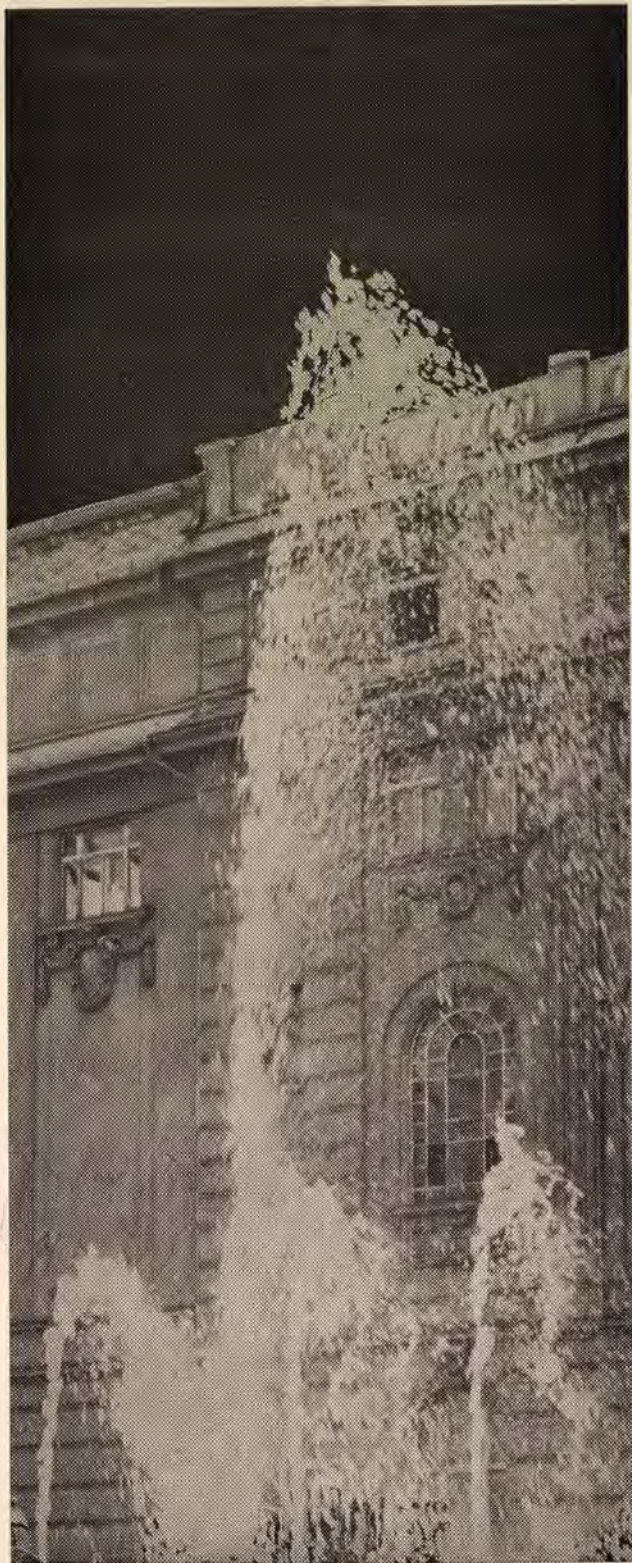
Verospiron adása magas Se-K-szint esetén csak kivételes esetben rendelhető. Bár a vegyülettel kapcsolatos magzati károsodás ez ideig nem ismert, alkalmazását a terhesség első harmadában nem ajánljuk. Huzamos Verospiron kezelés során a Se-Na- és K-szint időszakos ellenőrzése javasolt.

* MEGJEGYZÉS

Csak vényre kiadható, és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismétlődő.

CSOMAGOLÁS

20 tabletta; térítési díj: 11,40 Ft.



Előállítja: Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest X.

Pszichológiai szempontok az orvosi beszélgetésben

Bagdy Emőke dr. és Császár Gyula dr.

*„Ahogyan az orvostudomány technikái
szintje fejlődik, úgy kerül mindinkább
előtérbe a humán, pszichikus tartalma is.”
[Poznanski és mtsai (38)]*

A beteg megismerési folyamatában, a betegségki-
alakulás körülményeinek tisztázásában az orvosi
tájékozódó, oknyomozó munka legfőbb eszköze a
szóbeli kikérdezés (1, 13, 19, 36, 44, 47). Ez a ki-
kérdezés mindig kétszemélyes kapcsolat (interper-
szonális) keretében valósul meg, amelyben az orvos
különböző szemlélettel, eltérő orientációval és vi-
szonyulásmóddal vehet részt. Az exploráció célja
mégis többnyire az, hogy a „kórfolyamatra vonat-
kozó adatokat megszerezze a beteggel folytatott
beszélgetés útján” (35). Az orvos ezt a célt külön-
féleképp valósíthatja meg. Érdeklődése irányulhat
a betegre vagy pedig a beteg ember személyi és
társas valóságának egészére és mindezek feltárá-
sára. Diagnózis alkotásra törekvését leszűkítheti a
betegségmegállapítás tényére vagy kiterjesztheti
azokra a körülményekre is, amelyek (főleg multi-
kauzális betegség-genezisben) oki szerepet kaphat-
tak a betegség létrejöttében. Ilyenek pl. az élet-
körülmények, személyi kapcsolatok, pálya- és mun-
kasikerek vagy kudarcok, családi és érzelmi problé-
mák, egzisztenciális krízisek, veszteségélmények
stb. Ismeretes, hogy ezek a tényezők valamennyi
neurotikus és pszichoszomatikus betegségben, sőt
a személyiségzavarok primer és következményes
(pl. szomatikus betegség által kiváltott) formáiban
igen nagy hangsúlyt kapnak.

Mivel napjainkban mindegyre szaporodnak
azok a „betegségek”, amelyekkel a szomatikusan
orientált orvos tehetetlenül küzd és — adekvát
gyógyító eszközök hiányában — csak tüneti terá-
piát alkalmazhat az ideiglenes javulás elérése érde-
kében, a betegek viszont egyre inkább megterhe-
lik a rendelkezésre álló szakellátási időt, ezért
mindinkább indokolt azokkal a pszichológiai ténye-
zőkkel foglalkoznunk, amelyek a beteg (és beteg-
sége) megértésében, az állapot okainak tisztázásá-
ban segítséget adnak. Ugyanakkor az orvos—beteg
kapcsolat sajátos erőterében való alkalmazásuk
egyben (nem specifikus) pszichoterápiás gyógyha-
tásokat is eredményezhet (6, 15, 25, 29, 34, 49, 51).

Napjainkban mindinkább nyilvánvalóvá vált,
hogy az orvos—beteg viszony leglényegesebb, rej-

tett hatóereje maga a *kapcsolat* (45). Ennek felis-
merése és elfogadása arra ösztönöz, hogy a beteg-
gel emberi valóságának, személyiségének megis-
merésén át foglalkozunk. Ez pedig a *betegközpontú
medicina* művelését jelenti. E szemléletben (16) a
betegség összetett (szomato-biológiai, intrapszichi-
kus és interperszonális vetületekben megjelenő)
csődhelyzet egyfajta, az orvosnak elfogadásra aján-
lott megnyilvánulása. E szemléletben — bármilyen
emberkép és személyiségkonceptió keretében ele-
mezzük és magyarázzuk is a betegségi történéseket
— a *beszélgetés, az exploratív munka behatolása
a beteg életébe és belső világába, értékrendjébe és
emberi kapcsolatainak területébe*. Ez azzal a céllal
történik, hogy betegségét mindezek összefüggés-
rendszerébe helyezve részint medicinális szinten
diagnosztizáljuk (orvosi kórismézés), részint annak
megértő feltárásáig eljuthassunk, *miért* jelenik meg
éppen „ez” a betegség az életösszetevők csődjének
eredőjeként (ez a strukturális vagy mélységi diag-
nózis) (34). E kettős diagnózisalkotás a kettős irá-
nyú terápiás munka fő pillére: a betegség rende-
zése során egyben azokat a háttér tényezőket is
befolyásolhatjuk, amelyek pszichés, szociális vagy
interperszonális oldalról szerepet játszanak a beteg-
ség fenntartásában. Ezt a *maximalistának tűnő
feladatot világszerte általános orvosi tiltakozás és
védekezés hárítja el*. Williams (48) összegyűjtötte
azokat az ellenérveket, amelyeket az orvosok leg-
gyakrabban hangoztatnak. Ezek: 1. túl kevés az
idő; a betegek kisajátítják az életemet; 2. túl sok
a beteg; 3. az ilyen feladathoz pszichoterápiás
tudás kellene, ami nincs; 4. a betegeknek úgyis
csak gyógyszer kell, nem „lelkizés”; 5. a betegek
úgysem értékelik a fáradozásaimat; 6. a betegek
túlzó elvárásokkal jönnek: „legyek nagy tudású,
kifogástalan megjelenésű, legyen személyes vará-
zsom, álljak állandóan rendelkezésre — ennek
képtelenség megfelelni”. Ezzel szemben hogyan
vélekednek az elégedett betegek az orvosukról?
Williams két fő tényezőt talált e téren: egyrészt
az orvos személyes, elfogadó és megértő attitűdjét,
amely bizalmat ébresztett és tartott fenn. Másrészt
a betegek 90%-a az első odaadón érdeklődő, elmé-
lyedő beszélgetés mélységével és hatékonysá-
gával hozta összefüggésbe megelégedettségét. Ez
az eredmény — egybevetve ki-ki személyes orvosi
gyakorlatának tapasztalataival — arra buzdít, hogy
jelentősebben és elmélyedőbben vegyük tekintetbe
az orvos—beteg kapcsolat személyiségi és kapcsola-
ti hatóerőit és ezek „kezelését” betegmegismerő
munkánkban.

Mindehhez több irányból is meríthetünk hasz-
nálható ismeretanyagot. Így pl. a Rogers-féle (39,
40) nondirektív, klienscentrikus, „tükröző” psi-
choterápiás irányzat gazdag tapasztalatanyagából;
Bálint Mihálynak (7, 8) az orvos—beteg kapcsola-
latra vonatkozó tanításaiból; az utóbbi évtizedben
fellendülő „első beszélgetés” kutatások (2, 3) ered-
ményeiből, valamint az interperszonális kommu-
nikációs elméletek által feltárt (a kétszemélyes
kapcsolatra és a kommunikáció szintjeinek össze-
függéseire vonatkozó) alapvető ismeretektől (10,
30). A továbbiakban a gondolati irányokat követve
elemezzük a hatékony kapcsolat legfőbb tényezőit

abban a folyamatban, amelynek középpontjában a beteg mélységi megismerése áll.

A kapcsolat hatóerejéből merítő, az autoriter orvosi szerepet kizáró, a páciens élményvilágába behatoló, a beteg spontán aktivitására épülő, pszichológiai szempontokat érvényesítő orvosi beszélgetés folyamatát Rogers nyomán nevezhetjük a beteg szaksegítséggel támogatott „önexplorációjának” is (39). A pszichológiai (megalapozottságú) kapcsolat és beszélgetés lényegét nem az időráfordítás, hanem a kapcsolat jellegzetességei határozzák meg. Rogers (40) tanításai szerint ennek alapelve az, hogy a páciens egyenrangú embertársunk, mintegy ügyfelünk (kliens), akivel való kapcsolatunk munkaszerződés az ő megismerésére, megsegítésére. Legfőbb célja mégis a beteg önmegismerésének elősegítése. Ennek érdekében feltételek (elítélés és kritika) nélküli elfogadással, beleélő megértéssel (empátia) és hiteles, őszinte magatartással (kongruencia) kell a beteghez viszonyulnunk. A megértő elfogadás légkörében a beteg spontán aktivitása, közléképessége, önmegmutatási készsége felfokozódik. Ezáltal mélységi megismerése szabadabban halad előre, mint pl. egy irányított (direktív) kérdésekkel szabályozó beszélgetésben. A nem irányított nondirektív attitűd nem azonos az orvos passzivitásával, csupán az autoriter irányító funkció megszüntetését jelenti. Az orvos *intenzív-receptív* aktivitása a beteg belső és külső világának megértésére és annak visszatükrözésére, ill. megértetésére irányul. Célja a megismerés folyamatába szőtt megismertetés, a beteg önmagára vonatkozó ismereteinek fokozása, a gyógyulni akarást, együttműködést és rendeződést elősegítő pozitív és kreatív erők felszabadítása. Az ilyen feltáró-explorációs munkában az orvos együttérző és együtt gondolkodó partnere betegének. A megismerés anyaga éppúgy hasznára válik az orvosnak, mint a betegnek.

Erre hívja fel Bálint (7, 8) is a figyelmet, amikor a beteg betegségfelajánlását az orvos—beteg kapcsolat felszíni tényezőjeként értékeli. A betegség ajánlása, ezen át a kapcsolat elfogadása nyitja meg az utat a tünetorientált diagnózison túli, mélységi és háttér összefüggésekhez. Ezek magyarázzák meg: miért van szüksége a betegnek a betegségére, miért éppen ez a megoldása mélyebb problémáinak, hogyan fejezi ki és mivel magyarázza betegségét és hogyan tükrözi a betegség az élete csődjét, a személyes konfliktust. Ilyen értelemben a beszélgetés kötetlenebb, a beteg ön-bemutatói folyamatába illeszkedő, a beteg megértését és önmegértését elősegítő kérdésekkel terelt folyamat. Inkább a beteg türelmes, odaforduló meghallgatása, semmint „kikérdezése”. „Ha az orvos az anamnézisérvétel modorában tesz fel kérdéseket, akkor mindig meg fogja kapni azokat a válaszokat, de semmivel sem többet” — írja Bálint. Tanácsosabb a feltáró megismerés kötetlen formáját követni, amelyben az orvos elengedetten, a betegre összpontosulva, mintegy lefilmező pontosságú vizuális figyelemmel, de feszültségmentesen és perceptív figyelemmel vesz részt.

A beteg megismerési folyamatában az *első beszélgetésnek* kiemelkedő jelentősége van (28). Az

első találkozás mindig kiélezett interperszonális helyzet. A bemutatkozás az önkifejezésnek egy sűrített módja, a személyiség különös teljesítménye, a kapcsolatfelvétel és alkalmazkodás kritikus próbatétele. Argelander (2, 3) szerint a beteg magatartása — mint egy dráma miniatűr jelenete — sűrítve ábrázolja legmélyebb és legszemélyesebb konfliktusait. Amikor a beteg az orvoshoz belép, ahogyan köszön és viselkedik, abban megnyilvánul a „szcénikus-dramatikus” helyzetmeghatározó önkifejezése. Mintegy ábrázolja bajait. Ezt tükrözik gesztusai, hangja, testtartása, megnyilvánulási bátorsága, vagy félénksége, az orvoshoz fordulás módja (4, 5, 26, 31). Amikor a közlések szóbeli áramlása megindul, a kontaktusban megjelennek az érzelmek, pl. bizalom vagy reménytelenség, kapaszkodás vagy rezignáció, szimpátia vagy anti-pátia (mélylélektani terminológiával indulattételi jelenségek). Ekkor nyílnak meg a *promotív közlési folyamatok* is (11), a kapcsolat befolyásolására törekvő többnyire rejtetten, nem szóbeli úton kifejeződő „üzenetek”. Ezek az orvosban a beteg érzelmeinek és önmagáról való ideálképének megfelelő impressziók kiváltását kísérelve meg („nézd, milyen okos, engedelmes, szerencsétlen vagyok”), vagy éppen mély szükségletek közlési formái („segíts rajtam, elesett és beteg vagyok, szükségem van védelemre” stb.). Az a hatás, amelyet a beteg tesz ránk, az első benyomáshoz társuló „korai összkép” kialakítását vonja maga után (14, 24). Ez egyféle beskatulyázó tipizálás, amely átgondolás hiányában még hosszú időn át meghatározhatja az orvosok viszontreakcióit.

A beteg előadásmódja, betegségének és tüneteinek bemutatása, a szóbeli közlések ritmusa megindítja az *interakciós* (kapcsolati-közlési) jellegzetességek áramlását (27). Ebben a szóbeli és paralingvisztikus *kommunikáció* egyedi mintázata tárolhat fel. Viszontválaszainkban, reakcióinkban pedig a kiváltott benyomásokat és érzéseket sikerül tetten érünk (unalom, aktivitás, segítőkészség, szeretet stb.). Ezek az előhívott érzések és viselkedésmódok (viszont-indulatáttétel) jelentősen befolyásolhatják az orvos—beteg kapcsolat alakulását.

A beszélgetés folyamatában a beteg közlés-módja, magatartása sokszor közvetlenül kifejezi belső, lelki *ellenállásait*, vagy az orvos személyének elfogadása elleni *tiltakozásait* (46). Ezt tükrözi pl. bizonyos esetekben a hirtelen elhallgatás, a közlési folyamat elakadása, olykor annak nehézsége. De ezt fejezheti ki pl. az agyonbeszélés, amelyben a lényeges és lényegtelen információk összefolynak, így a fontosak is semlegesítődnék. Ellenállási „nyom” lehet az idillikus információadás is. A „minden rendben, csak éppen...” mögött sokféle problémát gyaníthatunk. Védekezést tükrözhet a gyanakvó attitűd, a túlságos megfontoltság, a tökéletes időrendi sorrendben haladó, stílárisan „előrefogalmazottság” gyanúját keltő, szabatos beszéd, de ezt fejezheti ki az érzelmi involválódás hiánya, a közöny, a „már mindent elmondtam” attitűd, sőt a közlések ismétlődő érvénytelenítése is („ez nem úgy történt, hanem...” stb.). Sokszor éppen a beteg szabadkozása, menteggetőzése vagy az életproblémák bagatellizálása

vezet el a problematikus tünetekhez (pl. „nem akarom ilyenekkel terhelni, ostobaságokat beszélek, mindez persze semmiség” stb.). A tanácskérésre törekvésben („tessék segíteni, mondja meg, mit tegyek” stb.) olykor a beteg alárendelődési szükséglete vagy éppen nagyfokú bizonytalansága tükröződik. A sajnálatos magatartás előnyök szerzésére is törekedhet (pl. táppénz), de infantilis szükségleteket is kifejezhet, pl. nagyobb érzelmi odafordulás, több törődés elérését célozhatja. A beteg nem emlékezésre vagy rosszul emlékezésre hivatkozásai lehetnek a problémák lelki tagadásának megjelenései. Ezek gyanakvó attitűddel együtt sokszor az óvatos, rejtőzködő, önmaga kiszolgáltatásától vagy ennek következményeitől való félelem jelei.

Az orvosi beszélgetésben azonban éppúgy megjelenhetnek *ellenállási* és *el nem fogadási* érzelmek, indulati rezdülések és magatartási megnyilvánulások az *orvos részéről* is (32). Ezek felismerése és tudatos kezelése olyan önismeretet, ill. önmegismerési munkát igényel, amellyel „ráismerhetünk” ezekre a negatív tényezőkre és kedvezően befolyásolhatjuk. Ilyen ellenállási vagy elutasítási tényező pl. az unalom, közöny, ellenszenv, fásultság érzésének eluralkodása, a hirtelen elálmosodás vagy gondolati elkalandozás a beteg panaszainak meghallgatása közben. Ezt jelzi az is, amikor elkezdünk a beteg helyett sokat beszélni, esetleg elárasztjuk tanácsainkkal. Sokszor éppen a bagatellizálás, a beteg panaszainak lekicsinylése világít erre (pl. „ilyen mindenkinél előfordul, csak ne izgassa magát, az egész semmiség” stb.). Olykor fontoskodunk és atyáskodunk („fiam, maga csak legyen nyugodt, csak semmi izgalom” stb.), vagy éppen vigasztaló részvétérzésünkkel nehezítjük a beteg helyzetét (pl. „szegény, magának aztán ki-jutott, hát igen, sokat szenvedett” stb.).

Gyakori a racionalizáció, magyarázkodó viselkedés is (pl. „ez azért fordult elő, mert maga...”), amelyben úgy teszünk, mintha mindennek azonnal átlátnánk és értenénk a mély összefüggéseit. Ezzel ikertestvér az okoskodó attitűd (pl. „látja, ha ezt tette volna..., bezzeg, ha akkor...” stb.), sőt legrosszabb formája a beteget értelmező, „kitanító”, egyszólamú vagy személytelen javaslatáradat (pl. „Önnek csak lelki eredetű baja van; fiacskám, de rosszak a maga idegei, ilyen fiatalon tönkremenni!; de csak próbálja magát összeszedni; vegyen erőt magán; foglalja el magát, ne figyeljen a tüneteire” stb.). Az ilyen mindennapos szólások az orvos elgépiesedett tevékenységének *iatrogen* hatásformái (18). Az is gyakori, amikor szavak nélkül utasítjuk el a beteget. Ilyenkor mozdulatainkban fásult közöny, tekintetünkben réveteg elkalandozás tükröződik, pl. elfordulunk, egyre hátrább ülünk a széken, esetleg matatunk, babrálunk, mozgolódunk, helyet változtatunk (telefonálunk vagy kimegyünk!), mindezek fokozataikban vagy minőségben egyaránt érdektelenséget és részvétlenséget közölnek a beteggel.

Az *első találkozás információinak kiaknázása* bizonyos többletmunkát jelent az orvos számára, részint a *beszélgetés során* (a beteg együttműködési szintjének, motiváltságának, kötődési készsé-

gének, érzelmi töltésének és kapcsolati képességének figyelése), részint a *beszélgetést követően*. Az orvosnak szüksége van arra, hogy ráhangolódjék és beletanuljon abba a kellő érzékenységu, percepciós munkába, amellyel képes rezonálni a beteg „hullámhosszára”. Fontos a beteg által kiváltott érzelmeinek-indulatainak tudatos kezelése is. Ilyen módon a kapott információk széles skáláját tudja összefoglaló képbe sűríteni még akkor is, ha a beszélgetés folyamata mindössze 8–10 perc tartamú. A benyomások, közlések, emóciók és a szituációk együttese utólagos elemzéséhez tanácsos rekonstruálni a megfigyelés folyamatát. Ajánlatos átgondolni, miről beszélt a beteg legtöbbet, miről hallgatott, milyen témát hagyott ismétlődően félbe, mitől vált emóció- vagy indulattelivé, hol volt valami ellentmondás vagy hézag az elmondottakban, milyen képet adott emberi kapcsolatairól, ki és mi a legjelentősebb számára, milyen szerepet játszik a munka az életében, betegnek tartja-e magát, milyen betegséget kínál az orvosnak, és végül azt, hogy mivel magyarázza állapotát (32). Az ilyen átgondolások számos pótinformációt nyújtanak (pl. a migrénéző nőbetegről kiderül, hogy csak a férje távollétében kap fejfőrcsőt, a gyermekeiről hallgató anyáról pedig az, hogy legszívesebben ő kíváncskozna gyermekei védett helyzetébe stb.). A példák nem a benyomásaink azonnali értelmezésére buzdítanak, hanem csak bizonyos óvatos feltételezéseket tesznek lehetővé, amelyek hitelesítését a további beszélgetések anyaga biztosítja. A tények (közlések) és feltevések (másodinformációs adalékok) gondolati hálózatába illesztett betegségi kép elemzése azonban olyanná teszi „nyomozó” munkánkat, amilyen az eredeti nyomozás. Számos bizonyíték feltevése és ellenőrzése alakítja ki a végleges állásfoglalást (43).

Az „utólagos” feldolgozáshoz csatlakozik az a belső munka is, amelyet a beteggel kapcsolatban végigviszünk. Ez többnyire önmagunkhoz intézett kérdések megválaszolását foglalja magában. Pl. 1. mit akar a beteg leginkább velem közölni; 2. hogyan teszi ezt; 3. miért éppen így fejezi ki; 4. tudja-e a beteg, hogy mit akar leginkább tőlem; 5. hogyan viszonyul hozzám; 6. mit vált ki belőlem (rokonszenv, ellenszenv, düh, unalom, érdeklődés stb.); 7. mi a legszimpatikusabb benne; 8. mi az ellenszenves benne; 9. képes vagyok-e elfogadni őt, ha igen, miért, ha nem, miért; 10. félek-e tőle és miért; 11. mit érezhet a beteg irántam, azonosak-e az elvárásaink; 12. hogyan beszélek vele (sokat, keveset, lassan, gyorsan) és miért; 13. gátolt-nak érzem-e magam a beteggel és miért; 14. zavar-e valami a betegben, pl. valamely közlése és miért; 15. mozgásba hozza-e a beteg a fantáziámat és ha igen, milyen téren (narcisztikusan, agresszíven, erotikusan stb.) és miért; 16. szívesen foglalkoznék-e vele a jövőben is, ha igen, miért, ha nem, miért (32).

Az eddigiek alapján a pszichológiai szempontokat érvényesítő beszélgetés teljesen kötetlen, szabad folyamatnak tűnhet. Ez azonban korántsem így van. Az orvos *tereli* a beteget és *kérdez*, ha szükséges, de nem akadályozza kérdéseivel a beteg közlendőjét. Az első beszélgetés során leg-

inkább az a feladatunk, hogy megismerjük a beteg panaszait, tüneteit, a tünetek keletkezési körülményeit, azok közvetlen előzményeit, valamint a betegségi előtörténetet. Minél részletesebben fel kell tárunk az aktuális (pszichés, szomatikus és szociális) helyzet összefüggéseit. Ennek során képet kapunk a beteg szenvedési fokáról, együttműködési készségéről és gyógyulási motivációiról is, amelyek a terápiás eredményesség várható szintjét leginkább előrejelzik. A betegség a beteg életvezetési és társas kapcsolati történetének keretében rávilágít annak szociális és lelki hasznára is. Föltárja azokat a rejtett szükségleteket, amelyek miatt a betegszerep kialakult. Ez még a döntően szomatikus betegségi történetek esetében is érvényes. Elegendő, ha ebben a vonatkozásban arra az orvosi tapasztalatra utalunk, hogy azonos bajban szenvedő betegek közül egyesek súlyosan, mások csekély mértékben vélik magukat betegnek. A szubjektív betegségerzet pedig nem áll egyenes arányban a tényleges (diagnosztizálható) betegségi állapottal.

Végül utalunk kell arra is, hogy a beteggel való beszélgetés rendkívül gazdag — e közleményben összesűrítetetlen és önálló tárgyalást kívánó — információs területét képezik a paralingvisztikus (beszédmelletti), nonverbális (nem szóbeli) jellegzetességei (33, 42). Ez mind a beteg, mind az orvos részéről érvényesül, sőt ezt éppen az interperszonális kontaktus kölcsönösségi viszonylatában kiteljesedő információáramlás határozza meg. A metakommunikáció jelentősége abban áll, hogy érzelmileg minősíti, színezi, módosítja, hitelesíti vagy cáfolja a szóbeli közléseket. A nonverbális csatornák közléseinek állandó, a beszédet akaratlanul is kísérő áramlása miatt a partnerek kénytelenek a „rejtett üzenetet” dekódolni. Az értelmező, belső feldolgozásban azonban általánosan járátlanok vagyunk, „deszifrozási” készségeink csiszolatlanok. Ezért éppen e közléseket minősítő vagy a rejtett üzeneteket szállító információk feldolgozásában történhetnek a legnagyobb mellé-, ill. tévkapcsolások. Ma már könyvtárnyi, kis részben magyar nyelvű irodalom is tájékoztat a testtartás, testhelyzet, közelség (proxemika), téri tájékozódás, gesztus, mimika, arckifejezés változások, a tekintési kapcsolat (szemkontaktus) és a hangminőség jelentőségéről a kommunikációs folyamatokban (20, 22, 23, 50). Ha azonban tekintetbe vesszük az orvos—beteg kapcsolatra vonatkozó interperszonális jártasság hiányosságait napjainkban, akkor egyelőre túl nagy követelménynek tűnik a nonverbális kommunikáció „olvasási jártasságnak” igénylése az orvosi tevékenységben.

A pszichológiai szempontokat érvényesítő orvos—beteg kapcsolatban a betegről nyert mélységi információn túl *pszichoterápiás jellegű* (nem specifikus pszichoterápiás) hatások is érvényesülnek. Az ilyen hatások *sztuatiív (helyzeti), interperszonális* (a kapcsolatot által meghatározott) és *kommunikatív (közlési)* tényezőkből fonódnak össze (17). Az *elfogadó, bizalmi légkör*, a *beszélgetés alaphangulata*, az orvos megértő (elítélés- és számonkérőmentes) viszonyulása, a beteg számára biztonságot és segítséget ígérő attitűdje, a türelmes meghall-

gató és a támogató-bátorító miliő enyhítik a beteg szenvedésérzését. Felszabadítják és közölhetővé teszik azokat az indulatteli, fájdalmas átéléseket, amelyek a beteget izolációs, önmagára beszűkült állapotban tartják. Az elfogadáson át születik meg a bizalom, ez pedig a gyógyulásba vetett hit aktivizáló tényezője. Ez a kedvező szituatív és interperszonális miliő megnyitja a közlések szabad áramlását. Az *elmondás, kimondás*, szavakba foglalás pedig sajátos lélektani történetet eredményez. Míg az elhallgatás elszigetel és eltávolít másoktól, addig az elmondás, a másokkal való megosztás tehermentesít, és megkönnyebbülést hoz létre. Feloldja a lelki magányérzést és összeköt bennünket a másikkal. A szó megtestesíti, objektiválja mindazt, ami szubjektív, konkretizálja a gondolatokat, érzéseket, indulatokat. Míg az érzések (így a szenvedés, kín, fájdalom is) a lelki életben időtlének, a kimondás megszabadít az időtlenség (örökkévalóság) illúziójától. Az elmondás tárgyilagosan* rendezi az érzéseket az események időrendjébe. A közlés szociálissá teszi, domesztikálja (megszelídíti) a nyers indulatokat, a szavak mágikus erejének (gyermekkorból továbbélő) hiedelme pedig eleven hatóerővel ruházza fel az elmondásra kerülő lelki tartalmakat (21). Így válhatnak az orvos segítő szavai a beteg támaszává, gyógyulási erőinek mozgató indítékává. A beteg önfogadása és önmegértése azon az úton lehetséges, ahogyan az orvos elfogadja és megérti őt (9, 12). Amikor az orvos visszatükrözi azt, hogy a beteg által elmondottak megérthetők és elfogadhatók, ezzel megerősítést ad a beteg önfogadásához is. E hatások együttesen alkotják az orvosi beszélgetés pszichoterápiás jellegű tényezőit, amelyek a gyógyítás-gyógyulás katalizátoraivá válnak.

Ahhoz, hogy az orvos alkalmassá váljék a pszichoterápiás hatékonyságú kapcsolat kialakítására, a beteg megismerésének, a vele való kapcsolatnak mind hatékonyabb és érzékenyebb alakítására, minimálisan két feltétel teljesülése szükséges: 1. bizonyos alapvető személyiségi, társaslélektani és orvospszichológiai ismeretek szemléletformáló szintű elsajátítása és 2. önismeretnövelő, interperszonális érzékenység és beleélőképességet fokozó személyes tréning. (Részünkről ez utóbbit tartjuk meghatározónak.) Ez hazánkban ma leginkább Bálint-féle esettanulmány csoportban való részvétellel valósítható meg. Mit tanulhatunk meg a Bálint-csoportokban? *Selvini* (41) ezt a következőkben foglalta össze. Megtanulhatjuk: 1. hogyan vezessük az orvos—beteg találkozók folyamatát, amelyekben elsődleges tényező a személyes kontaktus; 2. az interperszonális kapcsolat érzékeny kezelését; 3. mit tehetünk akkor, ha a beteg tagadja a személyes problémáit és visszautasítja a pszichés segítséget; 4. az orvos—beteg interakcióban az akciók és reakciók árnyalt elkülönítését; 5. a nonverbális és promotív kommunikáció elemzésének lehetőségeit; 6. az explicit és implicit közlések differenciálását; 7. a betegre figyelmet önmagunk reakcióinak ismeretében; 8. önmegismerésünk eszközeit a beteg megismerésére fordítani; és végül a legfontosabbat; 9. *a segítés hármasszabályát: hallgatni, megerősíteni és tisztázni.*

Ilyen úton valósítható meg leginkább az, amelyet *Bálint Mihály* az orvos pszichoterápiás hatékonyságú munkája feltételeként jelöl meg: az orvosnak korlátozott mértékű, mégis figyelemre méltó változáson kell átmennie szakmai tréningek során ahhoz, hogy személyisége és viselkedésmódja alkalmassá váljék terápiás hatékonyságú segítő emberi kapcsolat megvalósítására.

Összefoglalás. A szerzők az orvos—beteg kapcsolat keretében folytatott exploratív beszélgetés pszichológiai tényezőit két szempont szerint elemzik: 1. a betegközpontú szemlélet által meghatározott kettős (medicinális és mélységi) diagnosztikaalkotás és 2. az orvosi beszélgetés nem specifikus pszichoterápiás tényezői szempontjából. Nézetük szerint a beteg mélységi megismerése nem elsősorban a ráfordítási időnek, hanem az orvos—beteg kapcsolat jellegének, az orvos elemző átgondolásainak és önismeretének, valamint pszichológiai ismereteinek függvénye. Ismertetik a pszichológiai szempontokat érvényesítő orvosi beszélgetéssel szemben hangoztatott tipikus orvosi ellenérveket is. Megoldási javaslatuk az orvosok számára szervezett Bálint-csoportmunka, amelynek bemutatják hatékonyságát és értékeit.

IRODALOM: 1. *Andor M., Szatmári M.*: Az általános orvostan sajátos kérdései. Medicina, Budapest, 1978. — 2. *Argelander, H.*: Das Erstinterview in der Psychotherapie. Wissenschaftl. Buchgesellsch., Darmstadt, 1970. — 3. *Argelander, H.*: Psyche. 1978, 32, 1089. — 4. *Argyle, M.*: The psychology of interpersonal behavior. Penguin Books, London, 1967. — 5. *Argyle, M.*: Bodily communication. Methuen, London, 1975. — 6. *Bastine, R.*: Klientcentrierte Gesprächspsychotherapie. In Psychotherapie. J. B. Bergold, Hrsg.: Urban und Schwarzenberg, Wien, 1973. — 7. *Bálint M.*: Az orvos, a betege és a betegség. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1961. — 8. *Bálint M., Bálint E.*: Psychotherapeutische Techniken in der Medizin. Klett, Stuttgart, 1962. — 9. *Bleuler, M.*: Schweiz. med. Pszich. Szemle. 1975, 32, 397. — 10. *Buda B.*: Az emberi kommunikáció szabályszerűségei. Tömegkomm. Kut. Közp., Budapest, 1974. — 11. *Buda B.*: Magy. Pszich. Szemle. 1975, 32, 397. — 12. *Buda B.*: Az empathia jelensége és jelentősége a pszichiátriában. OIE kézirat, Budapest, 1975. — 13. *Condrau, G.*: Psychosom. Med. 1969, 4, 111. — 14. *Cook, M.*: Interpersonal perception. Penguin, Harmondsworth (Middlesex), 1971. — 15. *Crisp, A. H.*: Psychother. Psychosom.

1970, 18, 12. — 16. *Császár Gy.*: Med. Univ. 1972, 5, 243. — 17. *Császár Gy.*: Orvosképzés. 1974, 49, 243. — 18. *Császár Gy.*: Orvosképzés. 1975, 50, 286. — 19. *Doerner, K.*: Nervenarzt. 1966, 37, 19. — 20. *Furrer, W. L.*: Unbewusste Kommunikation. Huber, Stuttgart—Bern—Wien, 1977. — 21. *Herrmann, I.*: Die Psychoanalyse, als Methode. Westdeutscher Verlag, Köln, 1963. — 22. *Holder, J.*: Kommunikation. Akademische Verlagsgesellschaft, Wiesbaden, 1975. — 23. *Horányi Ö.*: Kommunikáció. 1. és 2. kötet. Közgazd. és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1977—78. — 24. *Jahnke, J.*: Interpersonal Wahrnehmung. Kohlhammer, Stuttgart, 1977. — 25. *de Jong, B. J. és mtsai*: Das ärztliche Gespräch, als psychotherapeutische Methode. Hippokrates, Stuttgart, 1966. — 26. *Knapp, P. H.* (ed.): Expressions of the emotion in man. Internat. Univ. Press, New York, 1963. — 27. *Köhle, M. és mtsai*: Med. Klin. 1972, 67, 48. — 28. *Künzler, E., Zimmermann, I.*: Psyche. 1965, 19, 68. — 29. *Langen, D.*: Psychotherapie. Thieme, Stuttgart, 1973. — 30. *Lüth, P.* (Hrsg.): Kommunikation in der Medizin. Hippokrates, Stuttgart, 1975. — 31. *Mahl, G. F.*: J. Nerv. Ment. Dis. 1967, 144, 492. — 32. *Meerwein, F.*: Das ärztliche Gespräch. Huber, Bern—Stuttgart—Wien, 1974. — 33. *Mehrabbian, A.*: Nonverbal communication. Aldine—Atherton, Chicago, 1972. — 34. *Morgan, W. L., Engel, G. L.*: Der klinische Zugang zum Patienten. Huber, Bern—Stuttgart—Wien, 1977. — 35. *Orvosi Lexikon*. 2. kötet. 229. oldal, Akadémiai Kiadó, Budapest, 1969. — 36. *Pertorini R., Polcz A.*: Orvosi pszichológia a gyakorlatban. Medicina, Budapest, 1976. — 37. *Peters, K. H.*: Med. Welt. 1977, 28, 218. — 38. *Poznanski, E. O. és mtsai*: JAMA. 1978, 239, 2343. — 39. *Rogers, C. R.*: Die nicht direkte Beratung. Kindler, München, 1972. — 40. *Rogers, C. R.*: Die Klientbezogene Gesprächstherapie. Kindler, München, 1973. — 41. *Selvini, A.*: Psychother. Psychosom. 1973, 1, 22. — 42. *Sivadon, P.*: Psychother. Psychosom. 1972—73, 21, 107. — 43. *Süle F.*: Az interpretáció. In: A pszichoterápia alapfogalmai. Főv. Pszichoter. Módszertani Közp., Budapest, 1975. — 44. *Schrey, A.*: Med. Klin. 1977, 72, 2179. — 45. *Schüffel, W.*: The doctor-patient relationship in the practice of medicine. In Z. J. Lipowski és mtsai (eds.): Psychosomatic medicine. Oxford Univ. Press, New York, 1977. — 46. *Szinetár J., C. Molnár E.*: A pszichés homeosztázist védő ellenállásokról. In A pszichoterápia alapfogalmai. Főv. Pszichoter. Módszertani Központ, Budapest, 1975. — 47. *Trencsényi T.*: Az anamnesis és a korszerű orvostan. In A gyakorló orvos enciklopédiája. Medicina, Budapest, 1973. — 48. *Williams, R. H.* (ed.): To live and to die. When, why and how. Springer, Berlin—Heidelberg—New York, 1973. — 49. *Wolff, H. H.*: Psychother. Psychosom. 1977, 28, 58. — 50. *Wyss, D.*: Mitteilung und Antwort. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, 1976. — 51. *Zepf, S.*: Zschr. f. Psychosom. Med. u. Psychoanal. 1972, 18, 145.

„Aki önmagát nézi, nem világít”

Lao-Ce



*injekció,
tabletta*

*spasmolyticum,
vasodilatador
myotonolyticum*

OSSZETÉTEL: 1 tabletta 100 mg, 1 amp. (2 ml) 50 mg bencyclan hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLAT: Vascularis indikáció: peripheriás verőérmegbetegedés, coronaria-betegség, cephalalgia, agyi angiospasmus, vascularis eredetű szembetegség.

Visceralis görcsoldás: gastrointestinalis spasmus, gastritis, enteritis, colitis, tenesmus, cholecystopathia, cholelithiasis, postcholecystectomy panaszok; hólyag-tenesmus, valamint adjuvánsként nephrolithiasis esetén.

Egyéb gyógyszerekkel kombinálva alkalmas fekélybetegség kezelésére, duodenalis, ill. ventricularis ulcus fájdalmainak csökkentésére, a szubjektív panaszok javítására, továbbá bronchus-görcs oldásának elősegítésére asthma bronchiale, bronchitis asthmatica esetén.

ADAGOLÁS: Egyszeri adag 1–2 tabletta per os, vagy szükség esetén 1–2 ampulla iv., ia., illetve 1 amp. im.

Kúraszerűen a napi adag: 3–4-szer 1 tabletta, 2–4 héten át.

ELLENJAVALLAT: Ez ideig nem ismeretes. A keringés és a légzés súlyos zavara, collapsus-hajlam esetén azonban a parenteralis alkalmazásnál óvatosság ajánlatos.

MELLÉKHATÁS: A ritkán előforduló szájszárazság, szédülés, nausea, fejfájás átmenetinek bizonyul. Parenteralisan csak akut esetben és óvatosan alkalmazható, **a beadás helyét lehetőleg változtatva**, mert localis érzékenységet, esetleg szövethárosodást (iv. thrombophlebitist) okozhat.

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

Térítési díj: 10×2 ml ampulla 2,70 Ft.
20 tabletta 2,10 Ft.

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR

Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
Tüdőgyógyászati Klinika
(igazgató: Miskovits Gusztáv dr.)

A bal kamra működés vizsgálata krónikus obstruktív tüdőbetegeken

Perger László dr.

Közismert, hogy a tüdő krónikus, diffúz megbetegedései — leggyakrabban az obstrukcióval járó kórképek — a kisvérkőri érpálya organikus és funkcionális beszűkülése révén pulmonális hipertenzióhoz, következményes jobb kamra hypertrophiához vezetnek (15).

Az obstruktív tüdőbetegségben elhaltak boncolása során azonban az esetek egy részében bal kamra hypertrophiát is észleltek, amely nem volt magyarázható semmilyen bal kamrát károsító betegséggel (17, 29, 31). A bal kamra hypertrophiájának vagy működésbeli rendellenességének felderítésére irányuló klinikai vizsgálatok során ellentmondó eredmények születtek. Egyes közlemények a bal kamra funkcionális károsodásáról számolnak be (1, 6, 21, 22, 37), mások ezt nem tudták megerősíteni (7, 14, 18, 19, 28, 40, 45). Állatkísérletben krónikus jobb kamra terheléssel a bal kamra kontraktilitásának csökkenését idézték elő (23).

A klinikai vizsgálatokhoz invazív eljárásokat — jobb, ill. bal szívfél katheterizációt, angiographiát (6, 7, 14, 18, 19, 22, 40, 45), valamint non invazív módszereket — izotópos technikát (28), systolés időintervallumokat (1, 21, 40), echocardiographiát (40) — egyaránt igénybe vettek.

Érdemesnek látszott hazai beteganyagon is megvizsgálni, találhatók-e krónikus obstruktív tü-

dőbetegségben szenvedőkön bal kamra károsodásra utaló jelek, melyek más betegséggel nem magyarázhatók. A célra legalkalmasabbnak a systolés időintervallumok vizsgálatát tartottuk, tekintve, hogy viszonylag egyszerű, könnyen kivitelezhető, különleges műszerezettséget nem igénylő módszer, emellett a betegeknek terhelést és veszélyt nem jelent.

A systolés időintervallumok segítségével kielégítő pontossággal vizsgálható a bal kamra működése, összehasonlítható szívkatéteres eljárásokkal igazolták a módszer megbízhatóságát (20, 26, 43). Alkalmazták keringési elégtelenségben, különböző szívbetegségekben, szívinfarktusban, gyógyszerhatások lemerésére (42, 43, 44), a szív működés vizsgálatára egyéb kórképekben, így a pajzsmirigy betegségeiben (9). Hazai szerzők is számos vizsgálatot végeztek a módszer segítségével (5, 12, 13, 24, 27, 35).

Betegek és módszerek

A vizsgálatokat 30, klinikánkon kezelt betegen végeztük, a betegek életkora 22–66 év között volt (átlag 41 év). A vizsgálati csoportba 28 férfi és 12 nő került.

Valamennyi beteg krónikus obstruktív tüdőbetegségben szenvedett (14 asthma bronchiale, 16 krónikus bronchitis — emphysema), nem volt bal kamrát terhelő betegsége (vitium, hypertonia), anamnesisükben nem szerepelt infarktus, angina, diabetes, alkoholabusus; mellkas röntgenfelvételükön normális nagyságú szívárnyékot láttunk és a 12 elvezetési EKG-n sem észleltünk bal kamra károsodásra utaló jeleket. Egyik beteg sem állt digitális vagy Strophantin kezelés alatt (legalább 3 hete, ill. 3 napja), ingerképzési vagy ingerületvezetési zavart nem észleltünk. Hypercapniás beteget nem vizsgáltunk, tekintve, hogy a partialis CO₂ nyomás emelkedése önmagában is rontja a bal kamra kontraktilitását (8, 33, 34).

A kontroll csoportba 8, gyakorlatilag egészséges egyént került (általában kis kiterjedésű tüdő-tuberculosis miatt álltak kezelés alatt).

Valamennyi betegen légzésfunkciós vizsgálat történt (térfogatstabil test-plethysmograph, Firma Erich Jaeger, Würzburg), melynek során regisztráltuk a vitálkapacitást, a FEV₁-t, az intrathoracalis gáztérfogatót (IGV) és a nyugalmi áramlási ellenállást (R). Az utóbbi két értékből kiszámítottuk a specifikus légúti vezetőképességet (specifikus conductance, SG_{aw}, R⁻¹ × IGV⁻¹). Több mérési eredmény esetén — főleg asthma betegekben — a rosszabb értékeket vettük figyelembe.

A systolés időintervallumok vizsgálatához 4 csatornás Siemens—Elema Mingograph 81 készüléken rögzítettük az EKG II. elvezetését, az art. pulm. hallgatási helyéről felvett phonocardiogrammot, valamint a carotis-görbét. A papírsebesség 100 mm/s volt.

1. táblázat. Az irodalmi normál értékek (Weissler és mtsai szerint [44]), a saját kontroll csoport és a betegek eredményei

	Normál érték		Saját kontroll (n=8)		Betegek (n=30)
PEP/LVET	0,345 ±0,036	NS	0,315 ±0,013	p<0,05	0,364 ±0,015
LVETI	413 ±10	NS	414,1 ±5,7	NS	402,2 ±2,9
PEPI	131 ±10	p<0,02	122,5 ±2,6	NS	127,6 ±2,8

Az Egészségügyi Minisztérium 0101 számú kutatási főirányához kiemelt szintre elfogadott kutatási témában végzett kutatómunka alapján.

Alkalmazott rövidítések:

LVET = bal kamrai ejekciós idő

LVETI = LVET index (szívfrekvencia szerint módosítva)

PEP = pre-ejekciós periódus

PEPI = PEP index

2. táblázat. A légzésfunkció (SG_{aw}, R-1 x IGV-1) alapján képezett csoportok mérési eredményei

	I. csoport n=5	II. csoport n=13	III. csoport n=12
PEP/LVET	0,337 ±0,036 NS	0,366 ±0,016 p<0,01	0,374 ±0,032 p<0,01
LVETI	409,2 ±9,6 NS	404,6 ±3,7 p<0,01	396,7 ±4,4 p<0,01
PEPI	124,6 ±7,1 NS	129,1 ±3,6 p<0,01	127,3 ±5,2 p<0,02

SG_{aw}

I. > 0,04

II. 0,02—0,04

III. < 0,02

Az időintervallumokat és a frekvenciát 10 egymást követő szív ciklus értékeinek átlagából számítottuk.

A 3 párhuzamosan készített görbe alapján a következő szakaszokat mértük ki:

QS₂ (teljes elektromechanikus systole) = az EKG Q hullámának kezdetétől a II. szívhang magas frekvenciájú rezgéseinek kezdetéig.

LVET (bal kamrai ejectio, „left ventricular ejection time”) = a carotis-görbe felhágó szárának kezdetétől az incisuráig.

PEP (pre-ejectiós periódus) = a teljes elektromechanikus systole és az ejectiós idő különbsége (QS₂—LVET).

PEP/LVET hányados

LVETI (LVET index), ill. PEPI (PEP index) = a szívfrekvencia szerint módosított érték a Weissler és mtsai (43) által közölt regressziós egyenletek alapján.

Az eredeti angol nyelvű rövidítéseket megtartottuk, tekintve, hogy a nemzetközi és a magyar irodalom is átvette és használja ezeket (12, 27).

Az eredmények statisztikai értékelésére a Student-féle egy-, ill. kétmintás t próbát alkalmaztuk.

Eredmények

A kontroll csoport értékeit összehasonlítottuk az irodalomban elfogadott normál értékekkel (44) (1. táblázat).

A PEP/LVET némileg alacsonyabb, de szignifikánsan nem különbözik a normálistól, az LVETI gyakorlatilag teljesen megegyezik azzal, míg a PEPI kismértékben, de szignifikánsan kisebb az irodalmi átlagnál. Mindhárom érték a normális tartományon belül van.

A betegcsoport átlagértékei is az 1. táblázatban láthatók. A PEP/LVET szignifikánsan nagyobb a kontrollnál. Az LVETI csökkent, a PEPI kissé magasabb mint a kontroll, az eltérések azonban nem szignifikánsak.

A betegeket ezután 3 csoportba osztottuk a légúti obstrukció súlyosbodása, a SG_{aw} értéke alapján (I: > 0,04; II: 0,02—0,04; III: < 0,02).

Az egyes csoportok átlagértékei a 2. táblázatban, ill. az 1. ábrán láthatók.

A légúti obstrukció súlyosbodásával párhuzamosan a PEP/LVET és a PEPI átlagértékei növekednek, az LVETI értéke csökken. A II. és III. csoport

szignifikánsan különbözik a kontroll csoporttól mind a 3 vizsgált időintervallum esetében.

Ezután a betegeket ismét 3 csoportba osztottuk, ennek alapjául az EKG eltérések szolgáltak. Az irodalmi adatok alapján (4, 10, 11, 30, 32, 38, 39, 41) vizsgáltuk a jobb kamra terhelésre, ill. hypertrophiára utaló jelek előfordulását. Az „A” csoportba a normális EKG-val rendelkezők kerültek, a „B” csoportba azok, akiknél meredek tengelyállást (R vektor 60—90 fok között) észleltünk, míg a „C” csoportba az egyéb EKG eltéréssel rendelkezőket osztottuk. A kóros jelek a következők voltak: P pulmonale, S₁ Q₃, V₆-ig S hullám, depri-mált ST_{II-III}, inkomplett jobbszár-block.

Az eredmények a 3. táblázatban, ill. a 2. ábrán láthatók.

A PEP/LVET ebben a vizsgálati elrendezésben is fokozatosan emelkedik, a „C” csoport átlagértéke szignifikánsan különbözik a kontroll értéktől. Az LVETI fokozatosan csökken, a „B” és „C” csoport eltérése szignifikáns. A PEPI a „B” és „C” csoportban kismértékben emelkedik, a különbség azonban nem szignifikáns.

Eredményeinket a diagnosis szerint is csoportosítottuk (4. táblázat). Az asthma bronchiale és a krónikus bronchitis-emphysema csoport eredményei eltérnek ugyan a kontroll értékektől, de a különbség nem szignifikáns. A két csoport értékei egymástól sem különböznek szignifikánsan.

Megbeszélés

A systolés időintervallumok értékét több tényező befolyásolja, így a szívfrekvencia, a verőtér-fogat, a vérnyomás és a szívizomzat kontraktilitása (24, 27, 44).

A szívfrekvencia befolyása az indexek (LVETI, PEPI) használata révén eltűnik, betegeink vérnyomása normális szinten volt, így az intervallumok változásáért a kontraktilitás és a verőtér-fogat változása tehető felelőssé.

A szívizomzat betegségeiben — coronaria sclerosis, súlyos hypertonia, infarktus, congestiv típusú primaer cardiomyopathia eseteiben — fellépő teljesítménycsökkenés az ejectiós fractio, a perc- és verővolumen, ill. a kontraktilitási indexek csök-

3. táblázat. Az EKG alapján képezett csoportok mérési eredményei

	„A” csoport n=9	„B” csoport n=10	„C” csoport n=11
PEP/LVET	0,330 ±0,017 NS	0,349 ±0,016 NS	0,406 ±0,034 p<0,05
LVETI	410,7 ±5,0 NS	405,3 ±2,5 p<0,01	392,4 ±5,4 p<0,01
PEPI	122,1 ±3,3 NS	126,6 ±3,9 NS	133,1 ±6,0 NS

kenésében nyilvánul meg. Ezzel párhuzamosan a bal kamrai ejectió idő (LVET) is csökken, a prae-ejectió periódus (PEP) és a PEP/LVET érték növekedik (20, 26, 42, 43, 44). Aorta vitiumok esetén, valamint obstruktív cardiomyopathiában a megnehezített kiáramlás miatt a változások fordított előjelűek.

Jelen vizsgálatunkban a légzésfunkció romlásával párhuzamosan a bal kamra működésének romlására utaló eredményeket nyertünk. Ugyancsak szignifikánsan csökkent a bal kamra teljesítménye a kisvérköri keringés terheltségére utaló EKG jelek fennállása esetén is. Kérdés, hogy a korábbi vizsgálatok eredményeinek ismeretében mivel magyarázhatók észleléseink.

Amikor az elmúlt években a boncolási adatok révén ismertté vált, hogy cor pulmonaléban elhaltak egy részében bal kamra hypertrophia is található, számos klinikai vizsgálatot végeztek a jelenleg okának felderítésére.

Altschule 1962-ben a hypoxiát, acidosist és a broncho-pulmonalis shunt-keringést tette felelőssé, és a cor pulmonalét az egész szív betegségének tartotta (3).

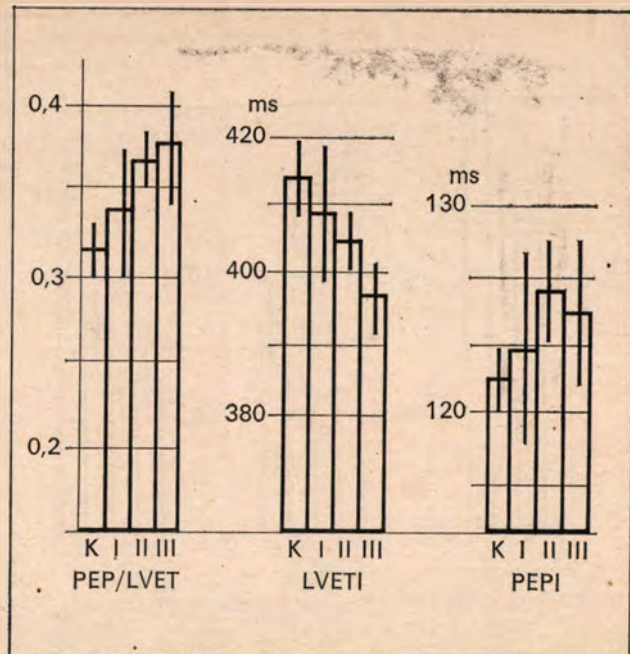
Egyes közleményekben, tekintve, hogy általában idősebb betegekről van szó, a társuló coronaria-betegség jelentőségét hangsúlyozták a bal kamra elégtelenség kiváltásában (25, 36).

A kérdés tisztázására számos invazív vizsgálat is történt. Williams, majd Davies a bal kamra katheterezése során normális végdiastolés nyomást és kontraktilitási indexeket talált, a terhelésre adott válasz is normális volt (45, 14).

Benza szintén normális pulmonalis capillaris és bal kamrai végdiastolés nyomást észlelt (7). Matthay izotópos technikával és jobb szívfél katheterezéssel, valamint dextran terhelés vizsgálatával lényegében hasonló eredményre jutott (28).

Frank és mtsai is normálisnak találták a bal kamra kontraktilitását, a coronaria áramlást és a myocardium oxydatív metabolismusát, azonban a verőtérfogat, a perctérfogat és az ejectió fractio értékei a normális szint alatt voltak. Az eltéréseket a jobb kamra csökkent verőtérfogatával magyarázták (18, 19).

Ezekkel az adatokkal szemben Baum 15 beteg vizsgálatakor 7 esetben emelkedett bal kamrai



1. ábra.

végdiastolés nyomást mért, angiotensin infusio után 14 betegen kóros bal kamra funkciós görbét észlelt. Az angiocardigraphia is (10 esetből 9-ben) bal kamra hypertrophiára, dilatatióra, vagy csökkent teljesítményre utalt (6). Jézek szívkateterezése során kompenzált keringésű betegeken normális értékeket talált, míg jobb kamra elégtelenségben szenvedők parameterei kórosak voltak (22). Alpert hasonló eredményre jutott a systolés időintervallumok segítségével: jobb kamra elégtelenségben bal kamrai dysfunctióra utaló adatokat mért (1).

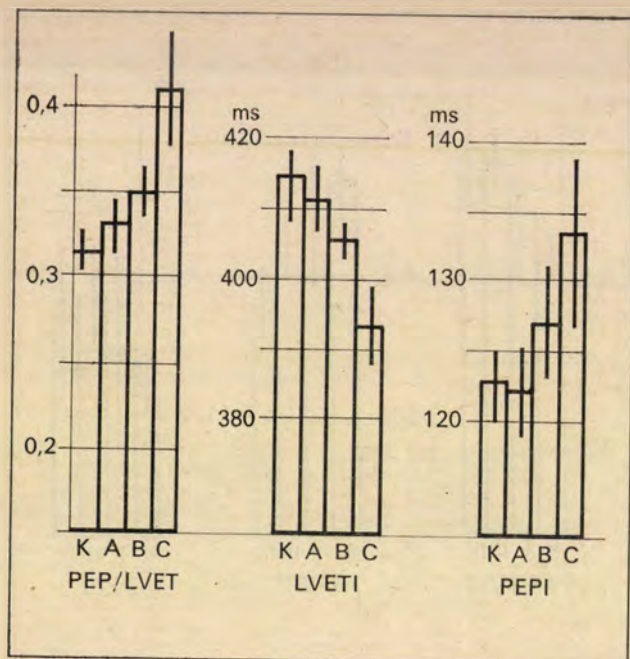
Hooper a légzésfunkció súlyossága szerint csoportosította betegeit, a legsúlyosabb csoportban szignifikánsan magasabb PEP/LVET hányadost észlelt (21).

Unger csökkent verővolument, ezzel párhuzamosan a vizsgált betegek nagy részében kóros systolés időintervallumokat mért. Echocardiographiával azonban normális bal kamra funkciót talált, így a kóros értékeket a csökkent verővolumennel magyarázta (40).

Az ismertetett adatok meglehetősen ellentmondásosnak tűnnek. Ennek oka az eltérő vizsgálati módszerekben és a feltehetően nem egységes beteganyagban keresendő, azonban néhány következtetés így is levonható. A vizsgált betegek egy részében a bal kamra működése kórosnak bizonyult, így a dekompenzált keringésű, ill. a súlyos légzésfunkciós eltéréssel rendelkezők esetében. Az a tény, hogy csak a betegek kisebb hányadában sikerült bal kamra dysfunctiót igazolni, nem meglepő, hiszen a boncolási adatok szerint is 10–20%-ban fordult elő bal kamra hypertrophia cor pulmonaléban elhaltakon. A klinikai vizsgálatok során észlelhető csökkent bal kamra működés oka még tisztázásra vár. A systolés időintervallumok eltolódásáért, ill. a bal kamra csökkent ejectió

4. táblázat. A diagnosis alapján képezett csoportok eredményei

	Asthma bronchiale n=14		Bronchitis chronica Obstruktív emphysema n=16	
PEP/LVET	0,354 ±0,016	NS	0,374 ±0,026	
LVETI	402,1 ±3,6	NS	402,3 ±4,5	
PEPI	125,9 ±3,0	NS	129,1 ±4,6	



2. ábra.

fractiójáért többen a jobb kamra csökkent vérterfogatót tették felelőssé (19, 40). Ez a lehetőség nem zárható ki, de valószínű, hogy önmagában, egyéb tényezők fennállása nélkül nem magyarázhatja a bal kamra csökkent működését. Igazolták ugyanis, hogy kompenzált keringésű izolált mitralis stenosis eseteiben — a haemodinamikai helyzet lényegében hasonló a két betegségben — kifejezetten alacsony vér- és perctérfogattal mellett a systolés időintervallumok normálisak (1, 44).

Fishman szerint a bal kamra hypertrophiát a krónikus hypoxia, hypercapnia, acidosis, ill. polyglobulia okozza (16). Ennél valószínűbbnek látszik Alpert (1) magyarázata, aki a jobb kamra csökkent vérterfogata mellett a szívizomzat funkcionális egységét hangsúlyozza. Tekintve, hogy a szívizomrostok szorosan összefonódnak, az egyik kamra működésének megváltozása a másik kamrára is hatással van. Emellett a jobb kamra hypertrophiája esetén az interventricularis septum a bal kamra üregébe domborodhat („fordított Bernheim jelenség”), így a bal kamrai geometria megváltozása a kontraktilitás romlását vonhatja maga után (37).

Saját vizsgálati eredményeink is ezt látszanak alátámasztani. A jobb kamra terhelésre utaló EKG jelek mellett észlelt bal kamra funkció csökkenés a két kamra közötti működésbeli kapcsolatra utal.

Alpert újabb megfigyelései, melyeket masszív pulmonális emboliában, embolectomia előtt, ill. után végzett, szintén ezt a feltevést támasztják alá (2). A kérdés azonban még nincs véglegesen tisztázva. Az ismert adatok és saját eredményeink

alapján a krónikus obstruktív tüdőbetegség és a bal kamrai dysfunctio kapcsolata igazoltnak látszik.

Összefoglalás. A szerző krónikus obstructiv tüdőbetegeken a systolés időintervallumok módszerével vizsgálta a bal kamra működését. A légzés-funkció súlyosbodásával párhuzamosan, valamint a kisvérköri keringés terheltségére utaló EKG jelek fennállása esetén bal kamrai dysfunctiót észlelt. Az irodalmi adatok alapján tárgyalja ennek lehetséges magyarázatait.

IRODALOM: 1. Alpert, J. S. és mtsai: *Circulation*. 1974, 50, 317. — 2. Alpert, J. S. és mtsai: *Chest*. 1977, 71, 108. — 3. Altschule, M. D.: *Chest*. 1962, 41, 398. — 4. Antalóczy Z.: *Electrocardiologia az orvosi gyakorlatban*. Medicina, Budapest, 1976. — 5. Barta G.: *Card. Hung.* 1976, 5, 11. — 6. Baum, G. L. és mtsai: *New England J. Med.* 1971, 285, 361. — 7. Benza, G. C., Mantero, O., Marzeggalli, M.: *Progr. Resp. Res.* 1975, 9, 55. — 8. Blackburn, J. P. és mtsai: *Anesthesiology*. 1972, 37, 268. — 9. Burckhardt, D. és mtsai: *Am. Heart J.* 1978, 95, 187. — 10. Caird, F. I., Wilcken, D. E.: *Am. J. Cardiol.* 1962, 10, 5. — 11. Coelho, E. és mtsai: *Am. J. Cardiol.* 1962, 10, 20. — 12. Cserhalmi L., Rév J., György M.: *Card. Hung.* 1976, 5, 165. — 13. Csűrös L. és mtsai: *Card. Hung.* 1973, 2, 115. — 14. Davies, H., R.: *Chest*. 1970, 58, 8. — 15. Endresz F.: *A cor pulmonale chronicum*. Az orvostudomány aktuális problémái. 1971, 1, 107. — 16. Fishman, A. P.: *New England J. Med.* 1971, 285, 402. — 17. Fluck, D. C., Chandrasekar, R. G., Gardner, F. V.: *Brit. Heart J.* 1966, 28, 92. — 18. Frank, M. és mtsai: *Circulation*. 1968, 38, Suppl. 6, 78. — 19. Frank, M. J. és mtsai: *Circulation*. 1973, 47, 798. — 20. Garrard, C. L., Weissler, A. M., Dodge, H. T.: *Circulation*. 1970, 42, 455. — 21. Hooper, R. G., Whitcomb, M. E.: *Circulation*. 1974, 50, 1205. — 22. Jezek, V., Schrijen, F.: *Progr. Res.* 1975, 9, 49. — 23. Kelly, D. T. és mtsai: *Circulation*. 1971, 44, 403. — 24. Keltai M., Pongó E., Seregélyi K.: *Magy. Belorv. Arch.* 1977, 30, 281. — 25. Kübler, W.: *Münch. med. Wschr.* 1968, 50, 2917. — 26. Martin, C. E., Shaver, J. A., Thompson, M. E.: *Circulation*. 1971, 44, 419. — 27. Matos L. és mtsai: *Card. Hung.* 1973, 2, Suppl. 1. — 28. Matthay, R. A., Ellis, J. H. Jr., Steele, P. P.: *Am. Heart J.* 1976, 92, 730. — 29. Michelson, M.: *Dis. Chest*. 1960, 38, 435. — 30. Moret, P. R. és mtsai: *Cardiologia*. 1966, 48, 182. — 31. Murphy, M. L., Adamson, J., Hutcheson, F.: *Ann. Intern. Med.* 1974, 81, 307. — 32. Murphy, M. L., Hutcheson, F.: *Chest*. 1974, 65, 622. — 33. Ng, M. L., Levy, M. N., Zieske, H. A.: *Am. J. Physiol.* 1967, 213, 115. — 34. Noble, M. I., Trenchard, D., Guz, A.: *J. Appl. Physiol.* 1967, 22, 147. — 35. Rochlitz K., Pajzs Zs., Blumenfeld Gy.: *Card. Hung.* 1973, 2, 25. — 36. Romoda T.: *Orv. Hetil.* 1969, 110, 579. — 37. Salel, A. és mtsai: *Circulation*. 1971, 43, Suppl. 2, 220. — 38. Schüren, K. P., Hüttemann, U.: *Dtsch. med. Wschr.* 1972, 97, 1380. — 39. Spodick, D. H.: *Circulation*. 1959, 20, 1067. — 40. Unger, K. és mtsai: *Chest*. 1975, 68, 135. — 41. Ungváry L.: *Klinikai és kísérleti elektrokardiográfia*. Medicina, Budapest, 1961. — 42. Weissler, A. M., Harris, W. S., Schoenfeld, C. D.: *Circulation*. 1968, 37, 149. — 43. Weissler, A. M., Harris, W. S., Schoenfeld, C. D.: *Am. J. Cardiol.* 1969, 23, 577. — 44. Weissler, A. M.: *Noninvasive Cardiology*. Grune and Stratton, New York, 1974. — 45. Williams, J. F. Jr. és mtsai: *J. Clin. Invest.* 1968, 47, 1143.

Thrombocyta-élettartam vizsgálata nem radioaktív módszerrel normális és kóros terhességben

Rákóczi István dr., Tallián Ferenc dr.,
Bagdány Sándor dr. és Gáti István dr.

Szövődménymentes, normális terhességben a thrombocyta-szám változása nem egyöntetű (12), azonban valószínű, hogy a terhesség alatt lényeges változás nem következik be (2). Ezzel szemben ma általánosságban elfogadott, hogy a késő terhességi toxaemiák (továbbiakban toxaemia) súlyosabb formáiban az aktiválódott hemosztatikus rendszer legjellemzőbb következménye a thrombocytaszám-csökkenés (9, 10). Az utóbbi évek vizsgálatai kimutatták, hogy a toxaemiás elváltozások egyik lényeges patológiai jellemzője a lokálisan fokozott véralvadási eltérés (6). Ennek következménye fibrin és thrombocyta thrombusok lerakódása a különböző szervekben, elsősorban a lépényben és a vesében (6). Logikusnak látszik tehát az a feltételezés, hogy az intravaszkulárisan fokozott alvadás során a thrombocyták a különböző szervekben felhasználódnak. Amennyiben a lépényben felhasznált thrombocyták szerepet játszanak a súlyos toxaemiákban tapasztalható lépényi elégtelenség és az ennek következtében létrejövő intrauterin retardáció kialakulásában, úgy ezen esetekben a thrombocyta-élettartam rövidülésével kell számolni. A thrombocyta-élettartam meghatározására általában használatos ^{51}Cr radioizotópos módszer (5) azonban a terhességben nem alkalmazható. Így csak újabb, nem radioaktív eljárás bevezetése tette lehetővé a terhesség alatti vizsgálatok elvégzését.

1975-ben Stuart és mtsai (13) közölték egy új, nem radioaktív módszeren alapuló thrombocyta-élettartam meghatározási módszert. Ezen módszer a thrombocyták proszttaglandin szintézisének gátlásán alapul. Egyszeri dózisú acetilsalicilsav (továbbiakban ASS) a thrombocyták ciklooxygenáz aktivitását irreverzibilisen gátolja és ezzel blokkolja a thrombocyták arachidonsavból történő proszttaglandin szintézisét (1. ábra). Ezen hatásért az acetilgökök fehérjéhez való kötődését teszik felelőssé. Az acetil-enzim kötés stabil, az ASS hatásnak kitett thrombocytákban a proszttaglandin szintézis gátlása a thrombocyták egész élettartamára fennáll és így az ASS hatásnak kitett thrombocyták nem képesek malondialdehydet (továbbiakban MDA) termelni. A MDA a ciklikus endoperoxidok lebontási terméke (1. ábra). MDA keletkezik, amennyiben a megfelelően mosott thrombocyta-szuszpenzióhoz különböző thrombocyta-aggregáló anyagokat (thrombin,

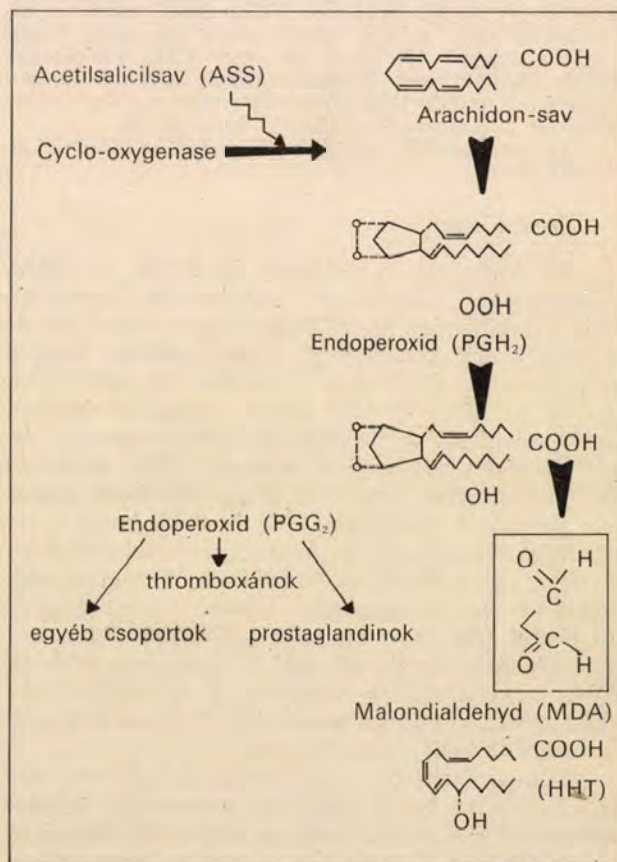
noradrenalin, N-etilamaleimid stb.) adunk. Az így keletkező MDA 2-tiobarbitursavval rózsaszínű színreakciót ad, amely spektrofotométerrel mérhető. Az ASS hatásnak kitett thrombocytákkal szemben, a gyógyszer eliminációját követően az újonnan képződött thrombocyták már normális mennyiségben képesek MDA termelésre. Tehát az MDA-metabolit naponta vagy másodnaponta történő meghatározása lehetővé teszi a thrombocyta-élettartam meghatározását.

Vizsgálataink során ezen új, nem radioaktív módszerrel meghatároztuk a thrombocyta-élettartamot nem terhes önként jelentkezőkön, valamint szövődménymentes és súlyos toxaemiás terhességben.

Anyag és módszer

A thrombocyta-számot, valamint a thrombocyta-élettartamot meghatároztuk 10 normális ciklusú, orális kontracepciót nem alkalmazó nőn (átlagos életkor $34,2 \pm \text{SD } 10$ év), 10 szövődménymentes, normális terhessen (terhességi kor $32-41$ hét; átlagos életkor $29,8 \pm \text{SD } 5,9$ év), és 7 súlyos toxaemiában (terhességi kor $30-39$ hét; átlagos életkor $26,7 \pm \text{SD } 5,3$ év). Súlyos toxaemiának tekintettük, ha a diasztolés vérnyomás 20 Hgmm -rel emelkedett és a vizeletben ürített fehérje $0,5 \text{ g/24 óra}$ értéket meghaladta. A meghatározás előtt legalább 10 nappal a vizsgált személyek nem szedtek ASS-t tartalmazó készítményt, vagy egyéb thrombocyta-aggregációt gátló gyógyszert (dipiridamol, sulfipirazon stb.). A résztvevők anamnézisében véralvadási zavar, thromboemboliás elváltozás nem szerepelt és egyikük sem szenvedett anaemiában, máj- vagy vesebetegségben.

A thrombocytaszám-meghatározás fáziskontraszt mikroszkóppal, standard laboratóriumi módszerrel történt.



1. ábra: A thrombocyták arachidonsavból történő proszttaglandin szintézise

A thrombocytaélettartam-meghatározást Stuart és mtsai (6) által leírt — némileg módosított — módszerrel végeztük.

A thrombocyták MDA termelését meghatároztuk az egyszeri dózisu 500 mg acetilsalicilsav (Colfarit[®], EGYT—Bayer, Budapest) adását megelőzően, majd a gyógyszer bevétele után 24 órával; ezt követően pedig másnaponként. Amikor az MDA koncentráció visszatért a Colfarit adás előtti értékre, több vért nem vetünk MDA meghatározásra.

Minimális vénás pangást követően 20 ml vért vetünk műanyag csőbe 3,8%-os Na-citrat oldattal, 9:1 arányban. A thrombocyta-bő plasma nyeréséhez a vért műanyag csőben centrifugáltuk (200 g, 10 perc). Az így nyert plazma thrombocyta-szám meghatározása után a thrombocyta-bő plazmából párhuzamos vizsgálatok céljából 2–2 ml-t pipettáztunk 1–1 kémcsőbe, majd 2000 g-vel 30 percig centrifugáltuk, hogy a thrombocyták leülepedjenek a kémcső aljára. A felülúszó előntése után a cső alján levő leülepedett és összecsapódott thrombocytákhoz („thrombocyta gomb”) 2 ml foszfát puffert (pH 7,4) adtunk és 15 perces mágneses keveréssel a leülepedett thrombocyták egyenletes eloszlását érték el a pufferes oldatban. Ezt követően a csöveket 37 °C-os vízfürdőbe helyeztük, majd a thrombocyták aggregációja céljából 0,1 ml 2 nM N-etilmaleimidet (Aldrich, USA) adtunk a pufferes oldathoz. 15 perces inkubálás után 0,1 ml 40%-os triklórecetsavat pipettáztunk a kémcsőbe. Tízperces centrifugálást követően (2000 g) a 2 ml felülúszóhoz 2 ml 2-tiobarbitursav oldatot (E. Merck, Darmstadt) adtunk (törzsoldat: 0,53%-os 2-tiobarbitursav) és 15 percig 80 °C-on inkubáltuk. A keveréket szobahőmérsékletre lehűtöttük, majd centrifugáltuk és a felülúszó rózsaszínű kromogen optikai denzitását spektrofotométerrel 530 nm-en olvastuk le.

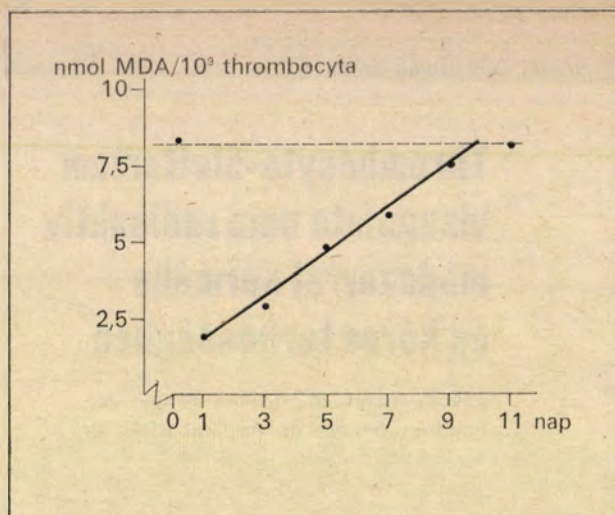
Az MDA standardot minden egyes vizsgálati napon újra meghatároztuk. A 0,5 nM-os malondialdehydis-diethylacetal (Merck—Schuchardt, München) oldatból 2, 1,5, 1, 0,5 ml-t mértünk ki és 2 ml-re egészítettük ki foszfát pufferrel. Valamennyi csőhöz 2 ml 2-tiobarbitursav oldatot adtunk és az így nyert végső 4 ml volumenek 10, 7,5, 5, 2,5 nmol MDA koncentrációnak feleltek meg. A meghatározás további menete hasonló az előbb leírtakhoz. Az eredményeket nmol MDA/10⁹ thrombocyta értékben fejeztük ki.

Az eredmények statisztikai értékelése Student t-tesztel történt.

Eredmények

Az ASS adását követően 24 órával az MDA koncentráció valamennyi esetünkben csökkent, majd ezt követően az idő függvényével közel lineáris emelkedést mutatott (2. ábra). Látható, hogy a thrombocyták MDA koncentrációja 9,6 nap múlva érte el az 500 mg ASS adását megelőző értéket, amely megfelel a thrombocyta-élettartamnak. Az ASS felvételt követően az alacsony MDA koncentráció növekedése arra utal, hogy emelkedő számban jutnak a keringésbe fiatal, ASS hatás alatt nem álló thrombocyták. Amennyiben feltételezzük az egyensúlyi állapotot, ezen fiatal thrombocyták száma azonos az ugyanazon időben a vérkeringésből eltűnt idős thrombocyták számával. Ebből következik, hogy az az idő, ami alatt a thrombocyták MDA koncentrációja visszatér a normális, ASS adása előtti, kiindulási alapértékre, azonos az egyén thrombocytáinak élettartamával.

A nem terhesek thrombocyta-élettartama (átlag \pm SE) $9,5 \pm 0,27$ nap volt, a normális terhességben $8,9 \pm 0,26$ nap, míg a súlyos toxaemiában $5,1 \pm 0,30$ nap (3. ábra). A normális terhességben az átlagos thrombocyta-élettartam nem szignifikáns csökkenést mutatott a nem terhesek értéké-



2. ábra: A thrombocyták MDA koncentrációjának alakulása 500 mg ASS adása előtt és után (egyéni eset) 0 = ASS adás napja, (—) = ASS adás előtti MDA koncentráció

vel összehasonlítva ($p > 0,05$). Ezzel szemben a súlyos toxaemiában szignifikánsan megrövidült a thrombocyta-élettartam a nem terhes, valamint a normális terhességben kapott értékekkel összehasonlítva ($p < 0,001$). Az átlagos thrombocyta-szám $223 \times 10^9/l$ volt a nem terhes csoportban, míg a normális terhességben $208 \times 10^9/l$ volt. A különbség statisztikailag nem szignifikáns ($p > 0,05$). A súlyos toxaemiás esetek átlagos thrombocyta-száma $136 \times 10^9/l$ volt. A nem terhesek, valamint a normális terhesek értékeivel összehasonlítva a különbség statisztikailag szignifikáns ($p < 0,001$).

Megbeszélés

A nem radioaktív módszerrel végzett thrombocyta élettartam meghatározásunk egészséges nem terheseken kapott eredményei jól egyeznek a ⁵¹Cr radioizotóp módszerrel mért adatokkal (1, 5). Stuart és mtsai (13) ugyanazon egyénekben határozták meg a thrombocyta-élettartamot az általunk is alkalmazott módszerrel és ⁵¹Cr radioizotóp technikával. A thrombocyta fél életidő normális egyénekben nem radioaktív módszerrel 2,9–5,9 nap között volt, míg ⁵¹Cr radioizotóp technikával 3,2–5,5 nap között változott. Hasonló jó parallelitást mutattak a két módszerrel végzett thrombocyta élettartam-meghatározások ITP syndromában is.

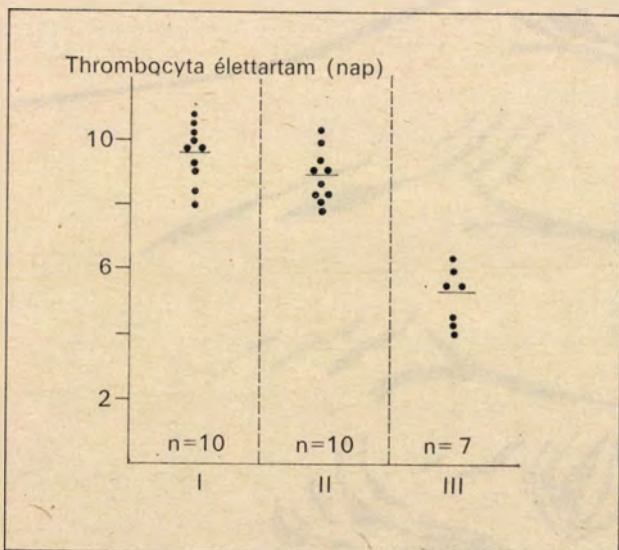
Roncucci és mtsai (11) ugyancsak nem radioaktív módszerrel határozták meg a thrombocyta-élettartamot egészséges önként jelentkezőkben, valamint szívbillentyű- és érprotézist viselő egyénekben és különböző elzáródásos érbetegségekben. Mind a normál, mind a patológiás esetekben hasonló értékeket kaptak, amikor összehasonlították a nem radioaktív és a ⁵¹Cr radioizotóp módszerrel nyert eredményeket.

A nem radioaktív módszernek a ⁵¹Cr izotóp technikával összehasonlítva számos előnye van: kiküszöböli a radioaktív anyagok használatát, kevésbé invazív, nem szükséges szakember az autológ thrombocyták in vitro jelöléséhez, technikailag egyszerűbb és nem utolsósorban olcsóbb. Hátrá-

nyai közé sorolható, hogy hibás eredményeket kaphatunk, amennyiben az első vérvételt megelőzően kevesebb mint 10 nappal ASS készítményt szedett a vizsgált személy. Bizonyos esetekben — az ASS farmakológiai hatása miatt — a módszer használata korlátozott. Gyakorlati alkalmazásának értékeit és korlátait a thrombocyta-rendszer különböző patológiás elváltozásaiban a további vizsgálatok fogják egyértelműen tisztázni. A módszer újszerűsége miatt jelenleg csupán néhány ilyen jellegű közlemény ismeretes az irodalomban. Az ismertetett eljárásnak az ad különös jelentőséget, hogy jelenleg ez az egyedüli alkalmazható módszer a terhesség alatti vizsgálatokra.

Elsőnek 1978-ban Wallenberg és Van Kessel (14) határozták meg a thrombocyta-élettartamot ezen nem radioaktív módszerrel normális terhességben. Eredményeikhez hasonlóan mi sem találtunk szignifikáns eltérést a thrombocyta-élettartamban a nem terhesek adataival összehasonlítva. Valamennyi normális terhesen a thrombocyta-élettartam a nem terhesek érték-tartományán belül mozgott (8–10 nap). Ezzel szemben — tudomásunk szerint — elsőnek mutattuk ki, hogy a súlyos toxemiában szignifikánsan megrövidül a thrombocyta-élettartam. Felvetődik a kérdés, milyen patológiai jelentősége van ezen megfigyelésnek?

Ismeretes, hogy a toxemiák patomechanizmusában a fokozott intravaszkuláris alvadás jelentős tényező (6). A véralvadási és thrombocyta rendszerben bekövetkező változások természete azonban ma még pontosan nem ismert. McKay (12) állatkísérletek alapján mutatta ki, hogy toxemiában az első patológiás esemény a thrombocyta kitapadása az ér-endothelhez. Újabban számoltak be arról, hogy a súlyosabb toxemiák (praeclampsia) klinikai tüneteinek kialakulását a thrombocyta-szám csökkenése előzi meg (10). Pritchard és mtsai (9) nagyszámú eklampsziás anyagukban kifejezett thrombocytopeniát figyeltek meg, míg plazmatikus véralvadási eltéréseket nem észleltek. Véleményük szerint a thrombocyta-szám csökkenésének elsődleges oka, hogy a lepény spirális arteriáiban a szegmentális érszűkület és értágulat következtében károsodott endothelhez thrombocyta tapadnak és nem az az általánosan elfogadott nézet, hogy a lepényből thromboplasztin kerül az anyai vérkeringésbe.



3. ábra: A thrombocyta-élettartam meghatározások eredményei: egészséges, nem terhesek (I), normális, szövődménymentes terhesek (II), súlyos toxemiás terhesek (III). Az ábrán az egyedi értékeket és az átlagot tüntettük fel

gésbe. Vagyis nem a thromboplasztikus anyag indítja meg az alvadási rendszer aktivációját, hanem a thrombocyta. Másik lehetőség, hogy az anyai antitest és a trophoblast antigén között immunkomplex képződik, amely a komplement rendszer aktivációján keresztül thrombocyta-aggregációt, majd a véralvadási folyamat megindulását eredményezi (8).

Harker és mtsai (4) thrombocytaélettartam-meghatározásokkal kimutatták, hogy homocystinuriás betegekben a thrombocyta-felhasználás háromszorosára fokozódik (vagyis a thrombocyta-élettartam harmadára rövidül). Ezen állapotra jellemző a homocystin indukált endothel-károsodás, valamint az ismételt arteriális thrombózisok előfordulása. A thrombocyta-élettartam rövidüléssel szemben kimutatták, hogy a fibrinogen- és plazminogen-felhasználás változatlan. Ezen megfigyelések szerint ésszerűnek látszik az az elképzelés, hogy a toxemiában kórosan megváltozott lepényi erek endothelje lehetővé teszi a thrombocyta fokozott kitapadását a megváltozott endothel felszínéhez, s így fokozódik a thrombocyta felhasználása. Az általunk tapasztalt rövidült thrombocyta-élettartam támogatja ezen elképzelést.

Vizsgálataink szerint a nem radioaktív módszer alkalmas a thrombocyta-élettartam vizsgálatára normális és különböző patológiás terhességeken és ezzel lehetőség nyílik a terhesség alatti alvadási folyamatok még pontosabb megismerésére.

Amennyiben további vizsgálatok megerősítik ezen kezdeti megfigyelésünket, úgy a thrombocyta-aggregációt gátló szerek (dipiridamol, sulfinpirazon) alkalmazása jóval ésszerűbbnek látszik az ismétlődő, súlyos toxemiák kezelésében, mint az eddigi, heparinnal történt próbálkozások (3).

Köszönetnyilvánítás

Köszönettel tartozunk Szekeres Józsefné asszisztensnőnek a színvonalas laboratóriumi munka elvégzésért.

Összefoglalás. A szerzők új, nem radioaktív módszerrel határozták meg a thrombocyta-élettartamot 10 nem terhes önként jelentkezőn, 10 terminusban levő szövődménymentes terhesen, valamint 7 súlyos késő terhességi toxemiában szenvedő betegen. A módszer a prosztoglandin-szintézis egyik melléktermékének kimutatásán alapszik, egyszeri dózisú acetilsalicilsav (500 mg) adását követően. A szövődménymentes terhességben mért thrombocyta-élettartam a nem terhesek értékeivel összehasonlítva szignifikáns eltérést nem mutatott, míg a súlyos toxemiában a thrombocyta-élettartam szignifikánsan rövidült. Szerzők a módszert alkalmasnak tartják a thrombocyta-rendszer kinetikájának tanulmányozására normális és patológiás terhességben egyaránt.

IRODALOM: 1. Burger T.: Az Orvostudomány aktuális problémái. 1974, 1, 5. — 2. Fenton, V. és mtsai: J. Clin. Pathol. 1977, 30, 68. — 3. Goodlin, R. C. és mtsai: Lancet. 1978, 2, 51. — 4. Harker, L. A. és mtsai: N. Engl. J. Med. 1974, 291, 537. — 5. Harker, L. A.: Clin. Haematol. 1977, 6, 671. — 6. Howie, P. W.: Clin. Obstet. Gynecol. 1977, 4, 595. — 7. McKay, O. G. és mtsai: Arch. Pathol. 1967, 84, 557. — 8. Mueller-Eckhardt, C., Luscher, E. F.: Thromb. Diathes. Haemorrh. 1968, 20, 155. — 9. Pritchard, J. A. és mtsai: Am. J. Obstet. Gynecol. 1976, 124, 83. — 10. Redman, W. G. és mtsai: Brit. Med. J. 1978, 1, 467. — 11. Roncucci, R. és mtsai: Thromb. Haemost. 1977, 38, 92. — 12. Sejeny, S. A. és mtsai: J. Clin. Pathol. 1975, 28, 812. — 13. Stuart, M. K. és mtsai: N. Engl. J. Med. 1975, 293, 1310. — 14. Wallenburg, H. C. S., Van-Kessel, P. H.: Brit. J. Obstet. Gynaecol. 1978, 85, 33.

NAPROSYN

tabletta

mV 200

Antirheumatica

ÖSSZETÉTEL: 1 tabl. 250 mg naproxent tartalmaz.

HATÁS: A Naprosyn tabletta gyulladásgátló, láz- és fájdalomcsillapító hatású, nem steroid jellegű készítmény. Gyulladásgátló hatása adrenalectomizált állatokon is jelentkezik, ami azt jelzi, hogy nem a hypophysis-mellékvese humoralis regulációs rendszeren keresztül, hanem közvetlenül hat. Gyulladásgátló hatásának pontos mechanizmusa – hasonlóan más gyulladásgátlókhöz – nem ismert, de feltételezhető, hogy a prosztaglandin-szintetáz gátlásának nagy szerepe van a gyulladáscsökkentő hatás kialakulásában. A többi nem steroid gyulladásgátlóhoz viszonyítva kevésbé bizonyult ulcerogen hatásúnak. A cardiovascularis, valamint a központi és vegetatív idegrendszert nem, vagy csak minimális mértékben befolyásolja.

JAVALLATOK: Rheumatoid arthritis, egyéb krónikus ízületi gyulladások, spondylitis ankylopoetica (m. Bechterew), arthrosis különféle formái, spondylosis, spondylarthrosis, extraarticularis rheumatismus különböző formái (lumbago, egyéb myalgák, fibrositisek, neuralgiák, bursitisek, periarthritis humeroscapularis, epicondylitis humeri stb.).

ELLENJAVALLATOK: Gyomor- és nyombélfekély, továbbá kifejezett máj- és vesekárosodás esetén csak állandó orvosi ellenőrzés mellett adható. Terhesség alatt nem rendelhető. 16 évesnél fiatalabb betegek ne szedjék a gyógyszert, mivel jelen pillanatig fiatalokorúakon és gyermekeken még nincs elég tapasztalat.

ADAGOLÁS: Kezdő és szokásos fenntartó adagja napi 2×250 mg (reggel és este étkezés után). Szükség esetén napi 3 tabletta is adható (750 mg össz-dózis) a fájdalmak napszakos jellege szerint: 2 tabletta reggel, 1 tabletta este, illetve 1 tabletta reggel és 2 tabletta este. Hosszan tartó kezelés alatt az adagolás napi 375–750 mg-os határon belül változtatható, a megfelelő adagokat ugyan csak naponta kétszer kell beadni.

MELLEKHATÁSOK: Ritkán gyomorfájás, gyomorégés, telítettségi érzés, enyhe szédülés vagy rosszullet, fejfájás, a gyomor-béltraktusban átmeneti jellegű vérzés. Igen ritkán bőrkütiés, thrombocytopenia.

GYÓGYSZERKÖLCSONHATÁSOK

Kerülendő az együttadás

– magnéziumoxid és alumíniumhidroxid tartalmú antacidumokkal (gátolják a Naprosyn felszívódását);

Csak óvatosan adagolható

- orális anticoagulánsokkal (anticoaguláns hatás fokozódik);
- szulfanilurea típusú antidiabetikumokkal (hypoglycaemia veszélye);
- difenilhidantoinnal (ennek szérumszintjét toxikusig emelheti);
- szulfonamidokkal (ezek toxicitását fokozhatja).

FIGYELMEZTETÉS: Szalicilérzékeny egyéneknél urtikáriát, asztmás rohamot válthat ki.

Tartósabb alkalmazásakor a vérzési idő meghosszabbodását okozhatja.

Gyomor- vagy nyombélfekély esetén, vagy ha a beteg gyulladásgátló gyógyszerek szedése kapcsán már fellépett gyomor- vagy bélvérzés, alkalmazása állandó orvosi ellenőrzést igényel.

Orális anticoagulánsokkal együtt adva a prothrombin időt ellenőrizni kell!

Szulfanilurea típusú antidiabetikumokkal együtt adva az antidiabetikum adagját újra be kell állítani!

MEGJEGYZÉS: ✱ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS: 30 db tabletta 22,- Ft.

FORGALOMBA HOZZA: Alkaloida Vegyészeti Gyár, Tiszavasvári, Syntex licencia alapján.

ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR, TISZAVASVÁRI



Golyvaképződés és a vér reserve-trijódthyronin szint alakulásának összefüggése gyermekkorban

Ilyés István dr.* és Péter Ferenc dr.

A sejtek rendelkezésére álló pajzsmirigyhormonok és metabolitjaik mennyiségi viszonyainak tanulmányozása a golyvaképződés pathomechanizmusának kutatásában éppoly fontos, mint a pajzsmirigy hypothalamo-hypophyseus regulációjának vizsgálata.

A szérumban kimutatható 3,3',5'-trijódthyronin, a reverse trijódthyronin (rT_3) nagy többsége a thyroxin (T_4) deiodációjára révén keletkezik. E molekula az ismert trijódthyroninétól (T_3) csak egy jódatom helyzetében különbözik. A keletkezésének mértékét meghatározó reguláció még meglehetősen ismeretlen, de annyit tudunk, hogy a $T_4 \rightarrow T_3$, illetve a $T_4 \rightarrow rT_3$ átalakulás aránya (és ennek változása) nem véletlenszerű (1). A legutóbbi évek vizsgálataiból azt is tudjuk, hogy golyvás gyermekek T_3 vérszintje emelkedik, ami meglehetősen váratlan felismerésnek számít (10, 13, 16, 20). Ezek ismeretében érdekesnek látszott golyvás gyermekek pajzsmirigyhormon-vizsgálatakor a rT_3 vérszint alakulásának tanulmányozása.

Beteganyag és módszerek

Alsótagozatos általános iskolásokat vizsgáltunk (életkoruk: 7–11 év) szabotcsi golyvás és Debrecen környéki golyvamentes vidékekről. A 38 golyvás gyermek közül 25 másodfokú, 13 igen nagy, harmadfokú golyvával került vérvételre; a golyvamentes vidékekről származó rT_3 -ra vizsgált gyermekek száma 11. A szérumban TSH, T_4 , T_3 és rT_3 vizsgálatát radioimmunoassay-val végeztük (Phadebas TSH; Amersham T_3 és T_4 RIA, Biodata reverse T_3 peg kiték segítségével). A rT_3 meghatározás általunk is alkalmazott módszerének részletei Bános és mtsai közleményében olvashatók (1).

Eredmények

Az 1. táblázatban összegeztük a hormonmeghatározások eredményeit. A golyva súlyosságával párhuzamosan emelkedik az átlagos T_3 szint, s a golyvások TSH átlaga is magasabb az egészségesekénél. Ugyanakkor csökkenő értéket mutatnak a T_4 átlagok, s a legkifejezettebb a rT_3 átlagok csökkenése.

* Állandó munkahely: Gyermekklinika, Debrecen.

A T_3 és rT_3 szint változását az egyes csoportokban külön ábrán is feltüntettük.

Az egyedi rT_3 és T_4 értékekből kiszámoltuk a rT_3/T_4 arányt, s az így kapott viszonyszámok csoportonkénti átlagértékeit mutatjuk be a 2. táblázatban: a golyvás csoportok értékei alacsonyabbak a kontroll csoportokénál, s a harmadfokú golyvások értéke a legalacsonyabb.

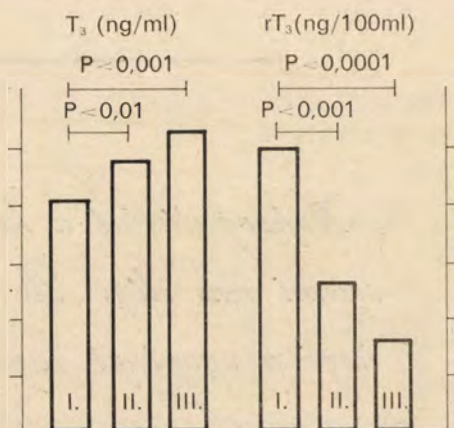
Megbeszélés

Chopra bizonyította be, hogy a T_4 deiodálódása nemcsak T_3 , hanem rT_3 keletkezését is eredményezi és a rT_3 meghatározására RIA módszert dolgozott ki (6). Ez tkövetően számosan közölték a szérumban rT_3 meghatározására alkalmas meghatározásukat és vizsgálni kezdték a szérumban rT_3 koncentrációjának az alakulását (12, 14, 18, 19). Kiderült, hogy különböző kórállapotokban és anyagcserezavarokban (máj-cirrhosis, chronikus veseelégtelenség, akut, lázas megbetegedések, rheumás szívbetegség, szív-infarctus, műtét után, éhezéskor stb.) emelkedett rT_3 értékek észlelhetők a szérumban (2, 4, 5, 7, 11, 19). Magas rT_3 koncentrációt mutattak ki továbbá a köldökzsinórvérben, terhesek és újszülöttek szérumban, valamint az amnion-folyadékban (3, 8). Dexamethason adása is emeli a szérumban rT_3 tartalmát (9).

Hyperthyreosisban növekszik a szérumban rT_3 szintje, hypothyreosisban pedig csökken (1). Mint hogy a rT_3 a T_3 hormon hatás effectusait csupán igen csekély mértékben váltja ki (15), felteszik, hogy a biológiailag szinte hatástalan rT_3 fokozott termelése és a T_3 egyidejű csökkenése: sajátos védekezési reakció (1).

Eddigi állásfoglalások szerint a jódhiányos (endémiás és sporadikus) golyva eseteiben együttesen észlelt alacsonyabb T_4 és emelkedett T_3 szint a pajzsmirigyhormon-képzésnek a T_3 elválasztás preferálásában megnyilvánuló változására vezethető vissza (10, 16, 20).

Egészséges és golyvás gyerekek se. T_3 és rT_3 szintje



I. = egészséges
II. = másodfokú golyvás
III. = harmadfokú golyvás

1. táblázat **Hormonvizsgálatok eredményei (átlag és S.D.)**

Csoportok	Esetszám	TSH $\mu\text{E/ml}$	T_4 $\mu\text{g/100 ml}$	T_3 ng/ml	rT_3 ng/ml
Egészséges	11	3,56 \pm 1,03	10,48 \pm 1,77	2,04 \pm 0,15	24,72 \pm 7,25
Másodfokú golyvás	25	5,60 \pm 1,60	7,51 \pm 1,99	2,38 \pm 0,50	13,69 \pm 7,04
Harmadfokú golyvás	13	5,07 \pm 1,47	8,48 \pm 1,85	2,61 \pm 0,44	7,93 \pm 6,36

Növekedhet azonban a $T_4 \rightarrow T_3$ deiodálódás mértéke is és e változásnak a szérumban rT_3 szintjében tükröződnie kell. Ezért vizsgáltuk a mérsékelt jóddhiánnyal jellemezhető (17) szabolcsi területől származó golyvás gyermekek hormonviszonyait.

Golyvás csoportjaink átlagos szérumban rT_3 szintje szignifikánsan alacsonyabbnak bizonyult, mint a kontroll csoportoké. E csökkenés okaként elsősorban két tényező szerepelhet. Az alacsonyabb T_4 érték magában is csökkent rT_3 képződéssel járhat együtt. Tükrözheti azonban a $T_4 \rightarrow rT_3$ átalakulás arányának a megváltozását is az rT_3 szint csökkenése. Vizsgálataink értelmében éppen erről lehet szó. A T_4 és rT_3 átlagértékek alakulása csoportjainkban nem teljesen párhuzamos; a rT_3 szérumszintek csökkenésével együtt csökken azonban a rT_3/T_4 arány.

Ezen arányszám általunk észlelt jelentős alacsonyabbá válása a T_4 rT_3 -ná történő deiodálódásának kifejezett (nemcsak az alacsonyabb T_4 szintből adódó) mérséklődését jelentheti. A pajzsmirigy hormonképzésében észlelt T_3 elválasztás preferálásán kívül a $T_4 \rightarrow T_3$, illetve $T_4 \rightarrow rT_3$ átalakulás megváltozása is a T_3 szint emelkedését szolgálja.

2. táblázat **A rT_3/T_4 arány alakulása**
(Átlag és S.D.)

Csoportok	rT_3/T_4 ng/ μg
Egészséges	2,39 \pm 0,68
Másodfokú golyvás	1,92 \pm 1,03
Harmadfokú golyvás	1,05 \pm 0,80

Összefoglalás. Szerzők jóddhiányos struma esetében az egészséges gyermekek értékeinél jelentősen alacsonyabb rT_3 szérumszinteket észleltek, s a csökkenés mértéke a golyva nagyságával fokozódott. Az alacsony rT_3/T_4 arány a $T_4 \rightarrow rT_3$ deiodálódás csökkenő ütemére utal és ez a T_3 szint emelkedésének egyik összetevője lehet.

IRODALOM: 1. Bános Cs. és mtsai: Orv. Hetil. 1977, 118, 2575. — 2. Burger, A. P. és mtsai: Lancet. 1976, 1, 653. — 3. Burman, K. D. és mtsai: J. clin. Endocrinol. 1976, 43, 1351. — 4. Burr, W. A. és mtsai: Lancet. 1975, 2, 1277. — 5. Carter, J. N. és mtsai: Lancet. 1974, 2, 971. — 6. Chopra, I. J.: J. clin. Invest. 1974, 54, 583. — 7. Chopra, I. J. és mtsai: J. clin. Endocrinol. 1975, 41, 1043. — 8. Chopra, I. J., Sack, J., Fisher, D. A.: J. clin. Invest. 1975, 55, 1137. — 9. Chopra, I. J. és mtsai: J. clin. Endocrinol. 1975, 41, 911. — 10. Delange, F., Camus, M., Ermans, A. M.: J. clin. Endocrinol. 1972, 34, 891. — 11. Gavin, L. és mtsai: Clin. Res. (Abstr.) 1976, 24, 219A. — 12. Griffiths, R. S., Black, E. G., Hoffenberg, R.: Clin. Endocrinol. 1976, 5, 679. — 13. Ilyés és mtsai: II. Magy. Orvostud. Nukl. kongr. Budapest, 1978. Összefogl. 101. old. — 14. Nicol, P. és mtsai: J. clin. Endocrinol. 1976, 42, 823. — 15. Papavasiliou, S. S., Martial, J. A., Latham, K. R.: J. clin. Invest. 1977, 60, 1230. — 16. Patel, Y. G., Burger, H. G.: Clin. Endocrinol. 1973, 2, 339. — 17. Péter F.: Egyes környezeti tényezők pajzsmirigyre kifejtett hatásainak vizsgálata a csecsemő- és gyermekkorban. Kandidátusi értekezés. Debrecen, 1970. — 18. Ratcliffe, J. G.: Clin. Endocrinol. 1976, 5, 631. — 19. Vagenakis, L. és mtsai: J. clin. Endocrinol. 1975, 41, 191. — 20. Wiermann, C. és mtsai: Acta endocrinol. 1975, 193, Suppl. 7.

„Kuporgatással a kevés is, nélküle viszont semmi sem elég. De a takarékoság teszi a szegényt gazdaggá.”

Seneca

Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet
(igazgató főorvos: Hutás Imre dr.),
Belgyógyászati Osztály
(főorvos: Halmos Tamás dr.),
Módszertani-Számítástechnikai Osztály
(főorvos: Németh Tibor dr.),
Magyar Néphadsereg, Egészségügyi Szolgálat

A szomatikus állapot és a betegek kooperációjának összefüggése juvenilis típusú (inzulinhiányos) diabetes mellitusban

Suba Ilona dr., Halmos Tamás dr.,
Deák György dr., Angyal István
és Kiss Péter

Diabeteses betegek kezelése során gyakran találkozzunk a betegek részéről olyan viselkedészavarokkal, melyek — látszólag érthetetlenül — akadályozhatják az anyagcsere egyensúlyának helyreállítását, szinte „ellen dolgoznak” terápiás törekvéseinknek (2, 13).

A diabetes és pszichés tényezők összefüggéseivel a század első évtizedeitől kezdve kiterjedt irodalom foglalkozik (15). *Felnőttkori (elhízásos) diabetesben* a pszichoszomatikus medicina primaer (kóroki) szerepet tulajdonít azoknak a személyiségzavaroknak, melyek kóros evési szokásokhoz, elhízáshoz, és ezeken az áttételeken keresztül diabetes kialakulásához vezethetnek (8). A juvenilis típusú (inzulinhiányos) diabetes ezzel szemben éppnek induló személyiségeket érint többnyire korai, élettani sajátosságok miatt pszichésen labilis életszakaszban. Ezek a betegek a betegség (krónikus handicap) okozta megterhelésre, az inzulininfekscendőtől való függésre, életmódbeli korlátozásra, a kezelés átmeneti sikertelenségeire sokszor kórosan, a kooperáció nyílt vagy burkolt elutasításával reagálnak (1, 11, 14).

Valamely betegség kezelési eredményeit *tárgyi és személyi* tényezők módosítják. Az előbbieket az orvostudomány aktuálisan rendelkezésre álló eszközeit jelentik, míg az utóbbiak a betegek együttműködési készségét, az orvos—beteg kapcsolatot foglalják magukban. Természetes, hogy

minél hosszán tartóbb (vagy gyógyíthatatlan) valamely betegség, annál nagyobb hangsúlyt kap kezelése, gondozása során a személyi oldal. Juvenilis típusú (inzulinhiányos) diabetes mellitusban a kezelés sikerét a következő tényezők határozzák meg:

1. A kezelés objektív feltételei:

- a) a betegség patofiziológiai jellegzetességei, típusa (labilis vagy viszonylag stabilis);
- b) a kereskedelmi forgalomban levő különböző hatástartamú és tisztasági fokú inzulín készítmények;
- c) a kezelés aktuálisan érvényben levő alapelvei.

2. A kezelés személyi tényezői:

- a) az orvos hozzáállása, akinek korszerű szaktudása kötelező, ezen belül nyilvánul meg viszonylagos szubjektivitása az anyagcsere-állapot megítélésében (optimista vagy pesszimista, szigorú vagy liberális), és abban, hogy csak a kötelező gondozást végzi vagy annál „személyesebben” foglalkozik a beteggel („vércukrot” vagy egész embert gyógyít);
- b) A beteg viszonya betegségéhez, a kezelés folyamán tanúsított együttműködési készsége (kooperáció).

Számos irodalmi adat és a gyakorlati tapasztalatok is arra utalnak, hogy optimális kezelési feltételek mellett a juvenilis típusú (inzulinhiányos) diabeteses betegek életvitele az egészségesekéhez válhat hasonlóvá, és biztatóbb a betegség kimenetele a társbetegségek, ill. késői szövődmények (késői diabetes syndroma, „long term diabetes”) szempontjából is (17, 18).

A kezelés objektív feltételei többnyire adottak. Érdemesnek tartottuk ezért megvizsgálni juvenilis diabeteses beteganyagunkban, hogy milyen szerepe van a kezelésben a személyi tényezőknek, és hogy ezek javításától várható-e a gyógyeredmények javulása.

Beteganyag és módszer

Kórházi és diabeteses járóbeteg-gondozói beteganyagunkból kiválasztott 110 juvenilis típusú diabeteses beteg gondozási adatait retrospektíve dolgoztuk fel. A felmérésbe olyan betegek kerültek, akik életkoruknál fogva valódi juvenilis diabetesesek voltak,

1. táblázat. Az előforduló kooperációs hibák összesítése

Nem teljesített kooperációs kritériumok	Esetszám
inzulín+diéta+kontroll	5
inzulín+diéta	1
inzulín+kontroll	3
diéta+kontroll	18
inzulín	7
diéta	7
kontroll	2
nem ítéltető meg	8
Összesen:	51

2. táblázat. Késői szövődmények számszerű előfordulása az egyes betegcsoportokban

Szövődmények száma	1. csoportban	2. csoportban	3. csoportban	4. csoportban
0	13 eset (44%)	3 eset (50%)	9 eset (30%)	19 eset (40%)
1	9 eset	2 eset	7 eset	15 eset
2	5 eset	1 eset	9 eset	4 eset
3	2 eset	—	4 eset	6 eset
4	—	—	1 eset	1 eset
(Retinopathia*)	(12 eset)	(1 eset)	(16 eset)	(20 eset)
Összesen:	29 eset	6 eset	30 eset	45 eset

vagy akik a betegség típusa alapján (kezdetől fogva inzulindependens) megfeleltek a kitűzött kritériumoknak.* 110 beteg közül 52 férfi és 58 nő. Életkoruk: 17–66 év (átlag: 30,1 év), gondozási idő: 2 hónap–10 év (átlag: 5,3 év). (2 hónapos gondozási idő csak 2 esetben fordult elő.) A betegség időtartama: 0,5–55 év (átlag 12,7 év).

Az adatfeldolgozás szempontjai

A gondozói (kórházi) kórlapokban a következő adatok szerepeltek:

Vizsgálati eredmények:

- folyamatosan észlelt vér- és vizeletcukor értékek;
- vizelet acetone;
- általános vizeletvizsgálat (kóros lelet esetén szérum karbamid és kreatinin, iv. pyelographia, néhány esetben vese-biopsia);
- szemészeti vizsgálat (fundus) — rutinszerűen, szűrő jelleggel;
- oscillometria — szűrő jelleggel;
- neurológiai vizsgálat — panaszok esetén;
- csonttröntgen-vizsgálatok — panaszok esetén;
- máj-biopsia — néhány indokolt esetben.

Gondozási adatok:

- inzulin adag és annak változásai;
- a javasolt diéta szénhidráttartalma;
- kontroll vizsgálatok időpontja;
- jellemző egyéni adatok (kooperáció, életkörülmények).

A fenti adatok elemzésével azt vizsgáltuk, hogy hosszabb időn át folyamatosan ellenőrzött diabeteses betegeken van-e kimutatható összefüggés a kooperáció és az anyagcsere-állapot között; csökken-e a diabeteses szövődmények kockázata a jól kooperáló betegek körében; végül van-e reális lehetőség arra, hogy — a beteg jobb együttműködését megnyerve — javítsuk a betegség közvetlen és távoli prognózisát.

Az anyagcsereállapot megítélése:

A kezelés megfelelő (adekvát), ha:

- vércukorértékek közel normoglykaemiás szinten egyenletesek, sorozatos mérési eredmények maximuma és minimuma közötti különbség < 150 mg/100 ml;
- napi cukorürítés < 20–30 g;
- hyper- és hypoglykaemiás coma nem fordul elő;
- ketózis ritka;
- a beteg panaszmentes.

A kezelés nem megfelelő (inadekvát), ha:

- vércukor kilengései > 150 mg/100 ml, a hyper- vagy hypoglykaemia vagy a vércukor szint egyenletesen magas;

- glycosuria > 20–30 g/die;
- ketózis hajlam (ketonuria);
- hyper- vagy hypoglykaemiás coma előfordul;
- subjektív panaszok.

Kooperáció megítélése:

A kooperáció megfelelő, ha

- az inzulint a beteg az orvos által előírt adagban és napi bontásban elfogadja;
- a diétát betartja;
- kontroll vizsgálatokon az állapotától függően előírt időközönként megjelenik.

A kooperáció elégtelen, ha:

- a beteg az inzulint saját elképzelése szerint adagolja, a napi adagot az előírt bontásban nem fogadja el és/vagy
- diétahibákat ejt és/vagy
- a kontroll vizsgálaton rendszertelenül jelenik meg.

A kooperációs hibák részletezését az 1. táblázat szemlélteti.

Megjegyezzük, hogy egy-egy „véletlen” anyagcsere-kisiklás (pl. praemenstrumban, intercurrents lázas állapotban, szokatlan fizikai terhelés során) egy adott beteg kooperációs készségét és anyagcsere-állapotának főbb jellegzetességeit (stabilis vagy labilis) lényegileg nem befolyásolja. Ugyancsak nem változtat a beteg kooperációs készségén, ha a betegség több évtizedes fennállása alatt változó kezelési elveket valló orvosokkal működik együtt.

Szövődmények gyakorisága:

A diabeteses szövődmények gyakorisága természetesen függ a felkutatásuk intenzitásától is. Betegeink a fentebb vázolt kivizsgálási módszerrel — a gyakoriság sorrendjében — a következő elváltozások voltak kimutathatók:

retinopathia diabetica	52 esetben
neuropathia diabetica	26 esetben
recidiváló urogenitalis infekciók (pyelonephritis, cystopyelitis, balanitis)	7 esetben
macroangiopathia	6 esetben
Kimmelstiel–Wilson-syndroma	5 esetben
lipoatrophia	4 esetben
impotentia	4 esetben
cataracta	3 esetben
nephropathia diabetica	2 esetben
steatosis hepatis (biopsiával igazolt)	2 esetben
osteoarthropathia diabetica	2 esetben

Összefüggések betegeink anyagcsere-állapota és kooperációja között:

Anyagcsere-állapotuk és kooperációjuk szerint betegeink 4 csoportra voltak oszthatók. A 2 első csoportban az anyagcsere-állapot kielégítő (kezelés adekvát), míg egy részük jól (1. csoport = 29 beteg), kisebb részük rosszul (2. csoport = 6 beteg) kooperál. A másik 2 csoportban az anyagcsere-állapot labilis (kezelés inadekvát), míg egy részük rosszul (4. csoport = 45 beteg), más részük azonban kifogástalanul (3. csoport = 30 beteg) kooperál.

* A betegek a belgyógyászati osztály és az Észak-Budai Szakkonzílium beteganyagából származnak.

CAVINTON®

injekció, tableta



CAVINTON®

injekció, tableta

ÖSSZETÉTEL

1 ampulla (2 ml) 10 mg, 1 tableta
5 mg vinpocetinumot tartalmaz.

HATÁS

A Cavinton javítja az agyi perfúziót és ezáltal az agy oxigén ellátását. Állatkísérletekben javítja a kísérletesen létrehozott hypoxia utáni agyi regenerációt.

Direkt szívhatása nincs.

JAVALLATOK

Különböző eredetű (postapoplexiás, posttraumás vagy sclerotikus), agyi keringészavarok psychés vagy neurológiai tüneteinek: emlékezőszavarok, aphasia, apraxia, mozgászavarok, szédülés, fejfájás csökkentésére. Hypertensiv encephalopathia, intermittáló vascularis cerebrális insufficiencia, angiospastikus agyi kórképek, továbbá endarteritis cerebri.

Ischaemiás agyi károsodásokban, előrehaladott agyi arteriosclerosisban a kollateralis keringés javítására.

Szemészetben az érhártya és ideghártya vascularis, elsősorban arteriosclerotikus, ill. angiospasmus okozta maculadegenerációk, partialis thrombosisok, érelzáródás következtében kialakuló másodlagos zöldhályog.

Fülészetben korral járó vascularis, vagy egyes toxikus (gyógyszeres) halláscsökkenések, labyrinth eredetű szédülés.

ELLENJAVALLAT

Terhesség.

ADAGOLÁS

Acut esetekben naponta 3×10 mg-ot lehetőleg csepp-infúzióban, vagy iv. ötszörösré hígítva lassan adagolni, majd a kezelés napi $3 \times 1-2$ tabl.-val

folymatható. Krónikus esetekben a javasolt kezelés naponta $3 \times 1-2$ tabl. A fenntartó adag napi 3×1 tabl. hosszabb időn keresztül.

GYÓGYSZERKÖLCSON-HATÁS

Az eddigi tapasztalatok szerint a tableta interakciót nem okoz, ezért kombinációs kezelésre is alkalmas. Az injekció heparinnal incompatibilis, ezért heparinos fecskendővel nem adható és nem kaphatja olyan beteg, aki heparin kezelésben részesül.

MELLÉKHATÁSOK

Kismértékű vérnyomáscsökkenés, ritkán tachycardia fordulhat elő. Tartós kezelés esetén a vérképet időnként ellenőrizni kell.

MEGJEGYZÉS ✖

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS

50 tableta Térítési díj: 23,— Ft
10 ampulla Térítési díj: 14,— Ft

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST



Kitűnik, hogy 110 beteg közül alig több mint a fele (59 beteg = 53%) teljesíti csak a jó kooperáció feltételeit. Ugyanakkor a betegek meglepően kis hányadának (35 beteg = 31%) kiegyensúlyozott csak az anyagcsereje. További meglepetés, hogy a betegek több mint egynegyedének megfelelő kooperáció ellenére — a betegség „hibájából” — alig állítható be a diabeteze (30 beteg = 27%) (3, 10).

A legnépesebb betegcsoportot (45 beteg = 42 százalék) a rosszul kooperáló, labilis anyagcserejű betegek képezik (kezelés a beteg hibájából [?] inadekvét). Elenyészően kevés azoknak a száma, akiknek anyagcsere-állapota a laza kooperáció dacára kielégítő (6 beteg = 5%). Viszonylag kevés azok száma is, akik mind kooperáció, mind anyagcsere szempontjából ideális helyzetben vannak (29 beteg = 26%). Ugyanakkor evidens, hogy a jól kooperáló csoportban sokkal nagyobb a kiegyensúlyozott anyagcserejű betegek aránya (29:30), mint a rosszul kooperálók között (6:45).

Késői szövődmények gyakorisága az egyes kooperációs csoportokban:

Az egyes kooperációs csoportok rizikója a szövődményeket illetően egyrészt azzal is kifejezhető, hogy milyen arányban fordulnak elő bennük szövődménymentes, ill. egy vagy több szövődménnyel bíró egyének.

A késői szövődmények számszerű előfordulását az egyes kooperációs csoportokban a 2. táblázat mutatja. A retinopathia mint leggyakoribb és pszichésen legnyomasztóbb szövődmény előfordulását kiemelve közöljük.

Ha a szövődmények előfordulásának csak *gyakoriságát* (prevalencia) vizsgáljuk az egyes csoportokban, és eltekintünk attól, hogy az elváltozások sem fajtájuk, sem stádiumaik szerint nem pontosan egyenértékűek (pl.: a retinopathia diabetica = microaneurysmák megjelenésétől a vak-ságot okozó retinitis proliferansig és üvegtesti vérzésekig), pontosabb képet kapunk, ha a csoportokban az *egy főre eső szövődmények számát* vizsgáljuk meg (1. ábra).

Az ábrán látható, hogy az összes szövődmények 1 főre jutó értékét tekintve legjobb helyzetben a stabilis anyagcserejű csoportok (1. és 2. csoport) vannak, attól függetlenül, hogy jól vagy rosszul kooperálnak (szövődmények 1 főre eső száma 0,86, illetve 0,6; átlag 0,73). A labilis anyagcserejű csoportokban az egy főre eső szövődmények száma ennél magasabb (1,36, illetve 1,0; átlag 1,18), akár megfelelően, akár lazán kooperáltak. Meglepő, hogy szomatikusan legrosszabb helyzetben jó kooperációja ellenére a 3. csoport van, ahol az 1

főre jutó szövődmények szám a legmagasabb (1,36).

A retinopathia gyakorisága mindegyik csoportban az össz-szövődményeknek mintegy felét teszi ki, függetlenül az anyagcsere-állapottól és a kooperációtól.

Szövődmények gyakorisága az egyes kooperációs csoportokban a betegség időtartamának függvényében:

További finomításként azt vizsgáltuk meg, hogy van-e különbség az egyes csoportokban a szövődmények kialakulásának, illetve halmozódásának időpontja között (2. ábra).

Kitűnik, hogy a betegség első 10 évében a betegek kilátásai a szövődmények szempontjából — az igen súlyos 3. csoport kivételével — nagyjából azonosak. Az is látható, hogy a betegségnek ebben az első szakaszában a betegek mintegy egyenlő arányban választják a szigorú, illetve laza kooperációt, a látszólag következmény nélkül (az 1. és 4. csoportban erre az időszakra egyaránt 17—17 beteg jut (3. táblázat).

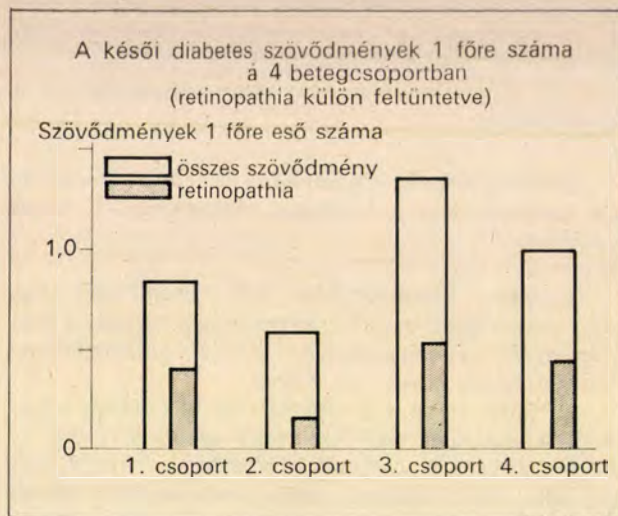
Élesen elkülönül a betegek 3. csoportja, akiknek betegsége nagyon labilis, típusánál fogva jóformán beállíthatatlan, és a jó együttműködés dacára a szövődmények gyakorisága már az első 10 évben belül kimutathatóan fokozódik (1 főre: 1,4). Feltűnő ugyanakkor, hogy az 1. csoport tagjai a betegség időtartamának növekedésével „megfognak” (3. táblázat), ami arra utalhat, hogy ez az ideális állapot nehezen tartható fenn, és ennek a csoportnak tagjai idővel más csoportokba kerülnek át az anyagcsere-állapot vagy a kooperáció romlása miatt. Úgy tűnik viszont, hogy ebben a csoportban a szövődmények szaporodásának időpontja eltolódik a 3. évtizedre (3. ábra).

Statisztikailag nem értékelhető a kis létszámú 2. csoport, melybe feltehetőleg jobbindulatú, viszonylag stabilis diabeteses kórformák tartoznak, de amelynek adatai nem cáfolják, hogy a jó anyagcsere-állapot kedvez a szövődmények késleltetésének.

Meglepő eredményt ad a 4. csoport adatainak elemzése, melyből kitűnik ugyan, hogy a szövődmények gyakorisága, kialakulásuk időpontja, valamint az anyagcsere labilitása között áll fenn bizonyos összefüggés, de ezek az esetek jobb prognózisúnak tűnnek, mint a jól együttműködő, de labilis 3. csoport. Ez azzal magyarázható, hogy a 4. csoport nem homogén, tartalmazhatja a legsúlyosabb és legjobb prognózisú kórformákat. Előfordul, hogy egy beteg a 3. csoportból „csúszik” át ide, mivel elkeseredetté, nihilistává válik az

3. táblázat. A betegek megoszlása a betegség időtartama szerint az egyes betegcsoportokban

Betegcsoport	A betegség időtartama (év)					Összesen
	0—5	6—10	11—15	16—20	20—	
1.	11 beteg	6 beteg	3 beteg	3 beteg	6 beteg	29
2.	1 beteg	—	4 beteg	1 beteg	—	6
3.	4 beteg	5 beteg	7 beteg	9 beteg	5 beteg	30
4.	10 beteg	7 beteg	13 beteg	8 beteg	7 beteg	45



1. ábra.

amúgy is sikertelen kezelés miatt. Máskor viszont a beteg viszonylag stabilis betegségét negligálja, igyekszik függetlenedni a diabeteses életmódtól, mivel anyagcsere-állapotának ingadozásai lényeges panaszokat nem okoznak. Nehéz ilyenkor eldönteni, hogy a betegség típusánál fogva vagy csak a kooperáció hiánya miatt labilis, de tény, hogy ha egy-egy ilyen beteget sikerül rávenni a jobb együttműködésre, ezt többnyire az anyagcsere-állapot javulása követi (anyagunkban 3 esetben). Ilyenkor a beteg mintegy saját kontrolljaként szerepel. Természetesen az ilyen változások távlati hatásai még nem mérhetők le.

Végül az adatfeldolgozás során találtunk olyan eseteket is, ahol a 40 éve rosszul kooperáló beteg még jelenleg is szövődménymentes, és viszont, a



2. ábra.

korai stádiumban levő jól kooperáló betegnek máris több szövődménye van (6, 9).

Matematikai elemzés:

A rendelkezésre álló adatokból (anyagcsere-állapot, betegség időtartama, kooperáció minősége, szövődmények egy főre eső száma) 2 összefüggést vizsgáltunk:

1. Van-e meghatározott kapcsolat a betegek kooperációja (jó vagy rossz) és a szövődmények száma között?

2. Van-e kapcsolat az anyagcsere-állapot (stabil vagy instabil) és a szövődmények száma között?

A betegminta minősége (viszonylag kis esetszám, nagy szórás) miatt az értékelés a *kölcsönös információ módszerével* történt, ami a korrelációs számításnál általánosabb statisztikai módszer.

Eredmények:

Ad 1. A kooperáció és a szövődményszám közötti összefüggés a betegség fennállásának 5–15 éve között a legerősebb, de ennek iránya jelen mintából érdemlegesen nem vizsgálható.

Ad 2. A stabil anyagcserejű betegeknek mindvégig kevesebb szövődményre van kilátásuk (ennek lehetséges magyarázata, hogy egy „következő szövődmény nem alakul ki, vagy a jelentkezés időpontja eltolódik).

Megbeszélés

A juvenilis diabetes mellitus alapvetően szomatikus betegség, bár köztudott, hogy indulati hatásokra létrejött vegetatív idegrendszeri változások (10), vagy a beteg akaratlagos részvétele a kezelésben jelentősen befolyásolhatják az aktuális anyagcsere-állapotot, hosszabb távon hatva a betegség lefolyására is. Ez az oka annak, hogy a pszichoszomatikus medicina mindmáig igyekszik olyan mélylélektani összefüggéseket találni, melyek magyarázzák a betegség személyenként eltérő sajátosságait, próbálják megrajzolni a diabeteses betegek jellemző személyiségprofilját (8).

Modern anyagcsere-kutatások egyre pontosabban tisztázzák a juvenilis diabetes etiológiáját (16) és azokat az okokat, melyek némely esetben az anyagcsere nagyfokú labilitásáért felelősek. Egyes szerzők a betegség labilitását az inzulintermelő rezervoár teljes hiányával és az egyidejű pancreas alfa-sejt dysfunctióval magyarázzák. Feltételezik, hogy emiatt a szervezet elveszti a keringő inzulinszint automatikus regulációjának képességét (12). Bár ezek az elképzelések még nem bizonyítottak, mégis úgy tűnik, hogy a diabetes kezelésének sikerét elsősorban patofiziológiai adottságok (betegség típusa) határozzák meg.

Ugyanakkor számos bizonyíték szól amellett, hogy az anyagcsere stabilitása, a hyperglykaemia hiánya a szövődmények késleltetését segíti elő (10, 17, 18). Engerman és mtsai (5) alloxan-diabeteses kutyákon kontroll csoportos vizsgálatokkal igazolták, hogy 6 éven át adekvátnan kezelt, megfelelő diétán tartott állatokban a retinális elváltozások sokkal enyhébbek voltak (vagy hiányoztak) a rosszul kezelt kontroll állatokhoz képest. Emberben hasonló kontroll csoportos vizsgálatok etikai okból nem végezhetők, a retrospektív felmérések pedig, melyek a kezelés, anyagcsere és a szövődmények létrejötté közötti összefüggést vizsgálták, ellent-

mondó eredményekre vezettek (9). Knowels (1964) 85 különböző kutatócentrum közleményeinek elemzése során azt találta, hogy közülük 50 pozitív korrelációt talált a „poor control” és a késői szövődmények gyakorisága között, 25 nem talált összefüggést, míg 10 bizonytalan maradt (cit.: 7).

Beteganyagunkban a betegek jó vagy rossz kooperációja miatt az egyes csoportok kezelésében spontán különbségek alakultak ki. Ezt felhasználva próbáltuk tisztázni, hogy milyen hatása lehet a kooperációnak a betegség lefolyására, illetve milyen egyéb tényezők befolyásolják azt.

A retrospektív felmérések nehézségeinek megfelelően a kooperáció és anyagcsere-állapot összefüggéseinek csak keresztmetszetszerű statisztikai megoszlását tudtuk vizsgálni, melyből nem tűnik ki, hogy milyen lett volna valamely beteg vagy csoport szomatikus állapota jobb vagy rosszabb kooperáció mellett. A kapott eredményeknek nincs tehát kontrollja, ezért belőlük csak mérték-tartó következtetéseket szabad levonni. További óvatosságra int, hogy az anyagcsere-állapotot (különösen rossz kooperáció esetén) pillanatnyi állapotot tükröző laboratóriumi leletekből kell megítélni, melyeknek átlaga vagy minimum-maximum értékei csak hozzávetőleg tükrözik a beteg állapotát (4, 9). Nagy jelentőségű ezért a gondozást végző orvos ítélete az adatok interpretálásában, aki a beteg huzamos ismeretében ki tudja tölteni a leletek adta információ „hézagait”, el tudja dönteni, hogy a leletek reálisak-e, vagy véletlen hatásokra jöttek létre, szükség van-e a vizsgálatok ismétlésére, kiegészítésére, a kezelés megváltoztatására. Nem jellemzi az egyes betegek vagy csoportok állapotát a pillanatnyi inzulinigény sem, mert ez az idők folyamán gyakran változott.

Gyakorlatilag a juvenilis diabetes kezelése akkor megfelelő, ha az alkalmazott diéta és inzulin-adag mellett a beteg erőnléte, közérzete jó, aktivitása, munkaképessége megtartott, vércukorszintje a normoglykaemiás értékeknek közel megfelelően egyenletes, nincs ketózis és hyperlipidaemia, hypoglykaemiás coma nem fordul elő. A kezelés helyességének további — nehezebben átlátható — fokmérője a késői szövődmények megelőzése, illetve késleltetése.

Felmérésünk eredményei a következőkben foglalhatók össze:

1. Úgy tűnik, hogy a kiegyensúlyozott anyagcseréjű csoportokban jobb a betegség távoli prognózisa.
2. A betegek egy csoportja (3. csoport) a betegség természeténél fogva — megfelelő kooperáció dacára — alig állítható be.
3. A fenti csoportot leszámítva a jobban kooperáló betegeknek kiegyensúlyozottabb az anyagcseréje.
4. Az anyagcsere-állapot megítélésében nagy szerepe van az egy kézben levő gondozásnak.
5. A fentiekből következik, hogy a betegek jelentős részében (4. csoport) a kooperációs

készség javításától a szomatikus állapot javulása, a szövődmények késleltetése várható.

Mindez nem váratlan. Az a tény azonban, hogy az optimális kooperációt a betegeknek csak mintegy fele tudja megvalósítani, két lehetőségre utal. Az egyik az, hogy a kritériumok irreálisan szigorúak, a másik — és ez a valószínűbb —, hogy az egyébként reális feltételek teljesítése pszichés és szociális vonatkozásban igen megterheli a beteget. Ez a betegségre való túlzott ráfigyelést vagy ellene lázadó lelki reakciókat hoz létre. Ahhoz, hogy a betegek kooperációs készségét javíthassuk, feltétlenül szükség van a viselkedészavarok okainak behatóbb ismeretére.

Jelenleginél kisebb számú juvenilis diabeteses betegcsoportban részletesebb személyiségvizsgálatokat is végeztünk. Az eredmények ismertetése következő közlemény tárgya.

Összefoglalás. A szerzők 110 juvenilis diabeteses beteg gondozási adatainak retrospektív elemzésével vizsgálták az összefüggéseket az anyagcsere-állapot, a szövődmények incidenciája és a betegek kooperációja között. Azt találták, hogy a kezelés sikerét elsősorban a betegség típusa határozza meg. Ezért 30 beteg kezelése a jó kooperáció dacára alig volt beállítható. A többi esetben a jó kooperáció az anyagcsere stabilizálásának irányában hat. Matematikai elemzés szerint a betegség 5—15. évében van erősebb meghatározottsági viszony a kooperáció és a szövődmények incidenciája között, mely a jelen mintából nem vizsgálható érdemlegesen. Az kitűnik viszont, hogy a stabilis anyagcseréjű betegeknek a betegség lefolyása során végig kevesebb szövődményre van kilátásuk. Az 51 rosszul kooperáló betegen érdemes tehát az együttműködés javítására törekedni. Mivel a betegek fele nem képes teljesíteni a jó kooperáció feltételeit, a szerzők fontosnak tartják a betegség okozta pszichés és szociális handicap mélyebb ismeretét, és a betegek segítségét ennek elhárításában.

IRODALOM: 1. Benedek T.: Psychosomat. Med. 1948, 10, 248. — 2. Benton, P. C.: J. Oklahoma Med. Assn. 1953, 46, 295. — 3. Brogard, J. M.: Münch. Med. Wschr. 1977, 119, 671. — 4. Casey, J. H.: Bull. Postgrad. Comm. Med. Univ. Sydney. 1975, 31, 235. — 5. Engerman, R., Bloodworth, J. M. B., Nelson, S.: Diabetes. 1977, 26, 760. — 6. Frankhauser, P.: Schweiz. med. Wschr. 1976, 106, 1029. — 7. Keen, H., Jarrett, J.: Complications of Diabetes 1. Arnold, London, 1975. — 8. Kämmerer, W., Reindell, A.: Z. Psychosom. Med. Psychoanal. 1977, 23, 351. — 9. Magyar I.: Orv. Hetil. 1978, 119, 627. — 10. Magyar I., Petrányi Gy.: A belgyógyászat alapvonalai. Medicina, Bp., 1977. — 11. Palmer, R. W.: J. Indiana Med. Ass. 1958, 51, 1399. — 12. Shima, K. és mtsai: Diabetes. 1977, 26, 717. — 13. Stearns, S.: N. Engl. J. Med. 1953, 249, 471. — 14. Stearns, S.: Diabetes. 1959, 8, 379. — 15. Treuting, T. F.: American J. Med. Sciences. 1962, 244, 93. — 16. Turtle, J. R.: Med. J. Aust. 1976, 2, 458. — 17. Wilms, B.: Münch. med. Wschr. 1977, 119, 482. — 18. Wilms, B.: Münch. med. Wschr. 1977, 119, 513.

Megyei Kórház-Rendelőintézet, Szekszárd,
I. Belgyógyászati és Intenzív Therapiás Osztály
(főorvos: Tarján Jenő dr.)

His-köteg EKG telemetriás regisztrálása

Rostás László dr., Tarján Jenő dr.,
Kellényi Loránd dr., Gáborják Mária dr.,
Wagner Gyula dr. és Blaskovich Erzsébet dr.

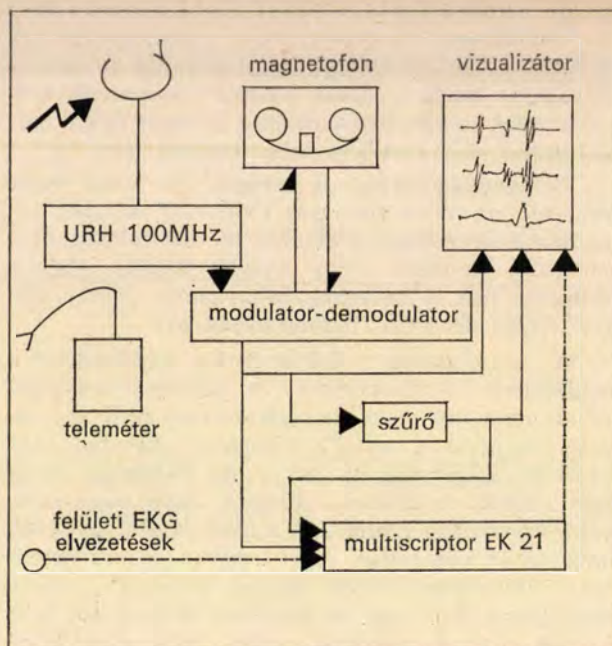
Emberen először 1960-ban Giraud és mtsai (3), majd 7 évvel később Watson és mtsai (12) regisztráltak His-köteg akciós potenciált vitiumos betegek szívkatéterezése közben. A His-köteg EKG készítésének technikáját azonban Scherlag és mtsai (10) dolgozták ki emberen 1969-ben és módszerük a legtöbb országban hamarosan elterjedt. Magyarországon elsőként munkacsoportunk és a Debreceni OTE I. Belgyógyászati Klinikájának munkacsoportja regisztrált emberen His-köteg EKG-t és ismertette annak technikáját (5, 13). Újabb próbálkozás a non invazív módszer (1, 2, 11). Hazánkban Horváth és mtsai (4) foglalkoztak a felületi His-köteg EKG tanulmányozásával és világviszonylatban is az elsőként között számoltak be eredményeikről.

Ezúttal újabb módszerünket ismertetjük, amivel az üregi elektrogrammot, ill. a His-köteg potenciált teleméter felhasználásával regisztráltuk.

Beteganyag és módszer

1977 októbertől 1978 januárjáig 30 betegen került sor His-köteg EKG készítésére. A regisztráláshoz a már korábban ismertetett telemetriás EKG rendszert használtuk (6). Betegeink közül 17 férfi, 13 nő; átlagos életkoruk 57 év, a legfiatalabb 21, a legidősebb 81 éves volt. 18 esetben különböző ingerképzési és ingervezetési zavarok képezték a vizsgálat indikációját. Az ideiglenes pacemakert évek óta alkalmazzuk diagnosztikus vagy therapiás célból (9). 12 betegünkön a pacemaker elektródkatéter bevezetésekor vagy eltávolításakor kíséreltük meg a His-köteg akciós potenciál regisztrálását.

Vizsgálatainkhoz Cordis-féle French 4-es félme-rev pacemaker elektródkatétert (gyűrűelektródák közötti távolság 10 mm), ill. His-köteg elektródkatétert (gyűrűelektródák közötti távolság 5 mm) használtunk. A His-köteg elektródkatétert a vena femoralison, míg a pacemaker elektródkatétert a karvénán vagy a vena



1. ábra: Telemetriásan izolált His-köteg EKG regisztráló rendszerünk elvi felépítése

subclavián keresztül percutan punctióval vezettük a jobb szívfélbe. Az elektródkatéter bevezetését legtöbb szerző röntgen képerősítő segítségével végzi. Osztályunkon a bevezetés minden esetben üregi EKG segítségével (vak módszerrel) történt (8). Ezután az elektródkatéter mindkét pólusát a teleméterhez csatlakoztattuk. A teleméter által sugárzott jeleket URH rádiókészüléken vettük. Ezen jelek a modulátor-demodulátor (MOD-DEM typ. Kellényi-76-05) egységbe jutnak. A modulátor-demodulátor egységet közvetlenül, ill. szűrő (10-200 Hz-ig hangolható felüláteresztő szűrő) közbeiktatásával csatlakoztattuk a 8 csatornás Multiscríptor EK 21 (Hellige) készülékhez és a VM 61/A hatcsatornás vizualizátorhoz (Medicor). A vizualizátoron megjelenő görbék szinkron rögzíthetők EKG papíron is. A rendszerbe kapcsolt magnetofon a jeltárolást biztosítja (1. ábra).

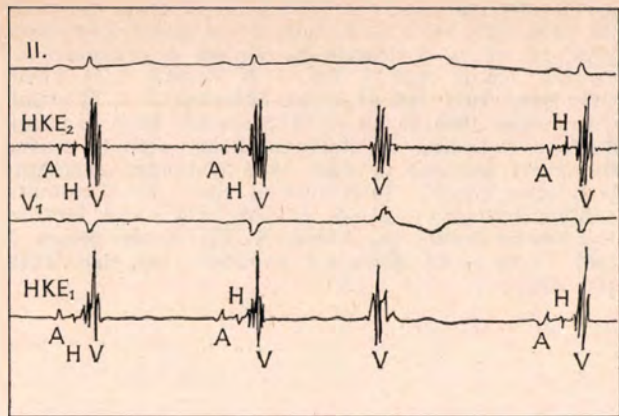
A jobb kamrából óvatosan addig húztuk vissza az elektródkatétert, míg a vizualizátoron megjelent a His-köteg aktivitást reprezentáló H hullám. EKG készülékünkön és a vizualizátoron egy időben vizsgálható a telemetriás módszerrel kapott üregi görbe, a szűrt görbe és a periferiás EKG. A papírsebesség 100 mm/s volt.

Eredményeink

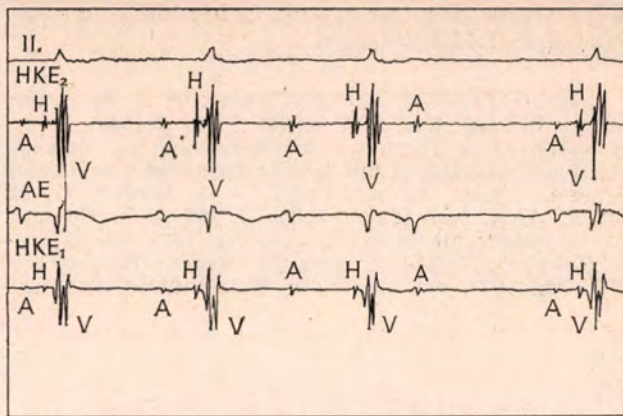
A His-köteg elektródkatéterrel 2 betegen, pacemaker elektródkatéterrel pedig 6 betegen nem tudtunk H hullámot regisztrálni. Egy olyan esetben segített a szűrő alkalmazása, amikor a szűretlen

Telemetriás módszerrel vizsgált betegeink megoszlása

Elektródkatéterek	Behatolás helye	Betegek száma	H-hullám jól látszik	Értékelhetetlen
His-köteg Pacemaker	v. femoralis	18	16	2
	v. subclavia karvéná	12	6	6
Összesen:		30	22	8



2. ábra: His-köteg EKG sinus rhythmusban. S. J., 58 éves. Diagnózis: kamrai extrasystolia. A kamrai extrasystole idején H hullám nem látszik. AH idő: 90 ms, HV idő: 50 ms. Papírsebesség: 100 mm/s. HKE 1: His-köteg EKG, telemetriás szüretlen görbe; HKE 2: His-köteg EKG, telemetriás szűrt görbe



3. ábra: 2° a-v block. A block helye a His-köteg felett. Zs. I.-né, 77 éves. Diagnózis: coronariasclerosis. Az AH idő fokozatosan megnyúlik, majd a His-köteg felett blockolódik az ingerület; a HV idő konstans (45 ms). Papírsebesség: 100 mm/s. HKE 1: His-köteg EKG, telemetriás szüretlen görbe; HKE 2: His-köteg EKG, telemetriás szűrt görbe; AE: j. pitvari unipolaris elektrogramm

telemetriás üregi görbén csak sejthető volt a H hullám (táblázat). A 2. és 3. ábrán telemetriás módszerünkkel regisztrált His-köteg EKG-kat mutatunk be.

A sikeres vena femoralis punctio és a H hullám megjelenése közötti időtartam az esetek zömében néhány perc volt. Egy-két alkalommal viszont kb. fél órán át változtattuk az elektródkatéter pozícióját a szívben, míg láthatóvá vált a H hullám. Szövődményként csupán extrasystolákat észleltünk, amelyek spontán megszűntek.

Megbeszélés

Vizsgálataink során a telemetriás módszer önmagában, előerősítő és szűrő nélkül is alkalmasnak bizonyult értékelhető His-köteg EKG regisztrálására. Az így nyert görbe a mindennapos gyakorlatban használt direktíró EKG készülékeken rögzíthető, nem szükséges speciális írószerkezet (pl. Mingograph). Azon esetekben, amikor a szűrő nélküli telemetriás módszerünkkel nem láttunk H hullámot, a szűrő alkalmazása — egy esettől eltekintve — sem segített, ilyenkor azonban a Pop és mtsai (7) által ajánlott közvetlen bipoláris elvezetésen vagy annak szűrt görbéjén sem volt H hullám. His-köteg elektródkatéterrel vizsgált betegeink közül a katéter azon esetekben is bejutott a jobb kamrába, melyekben H hullámot nem tudtunk regisztrálni. Egyik betegünkön a kellő collaboratio hiányában hagytuk abba a vizsgálatot, a másikon pedig az üregi EKG alapján jónak ítélt katéter helyzet mellett — hosszabb ideig tartó próbálkozás után — sem kaptunk His-köteg potenciált. A pacemaker elektródkatétert is megfelelőnek találtuk His-köteg EKG készítésére. Az ezzel végzett vizsgálataink 50%-os eredménytelensége több okra vezethető vissza. A vena femoralison bevezetett katéter nagyobb valószínűséggel fekszik neki a tricuspidalis billentyű tájékán a septumnak, a pacemaker elektródkatétert viszont a karvénán vagy

a vena subclavián vezetünk be. Az elsődleges szempont az ideiglenes pacemaker kezelés volt, szemben a célzott, diagnosztikus vizsgálattal, amikor nem sűrges az idő. A katéter eltávolításakor a pozíció változtatásához megfelelő körülmények már nem állnak rendelkezésre. Az ideiglenes pacemakeres betegek számára ilyen módon a His-köteg EKG készítése külön megterhelést nem jelent, s amennyiben nem sikerült a His-köteg potenciál regisztrálása, indokolt esetben elvégezzük a vena femoralison keresztül bevezetett katéterrel a vizsgálatot. Telemetriás módszerünk akkor is használható, ha a beteg nem szállítható a speciális berendezésekkel felszerelt helyiségbe. Magnetofon segítségével hosszan tartó vizsgálatok anyagát rögzíteni és tárolni tudjuk, a visszajátszás alatt a kívánt részek direktíró EKG-val megjeleníthetők. A folyamatos rögzítés EKG szalagon igen költséges lenne, a vizualizátor önmagában viszont nem teszi lehetővé a reprodukálást. A teleméter alkalmazásakor az intracardialis elektród nincs kapcsolatban hálózati árammal táplált rendszerrel, ezért az esetleges szigetelési hibák, kapacitív úton való áramátfolyások miatti potenciális veszélyt — diagnosztikus beavatkozásról lévén szó — kiküszöböljük. A modulátor-demodulátor egység révén lehetőség van számítógéphez való csatlakozásra. Rendszerünket úgy kívánjuk továbbfejleszteni, hogy a His-köteg EKG számítógépes feldolgozása is megoldható legyen, és a különböző időintervallumokat gépi úton elemezni tudjuk. A gyógyszerek hatásának folyamatos tanulmányozásához kívánnánk ezt hasznosítani.

Összefoglalás. A szerzők a His-köteg aktivitás regisztrálásának új módszerét dolgozták ki. Az üregi jeleket teleméter segítségével továbbították, de direktíró EKG készülékeken rögzítették. Vizsgálataikat 30 különböző ingerképzési és ingervezetési zavarban szenvedő betegen végezték. Megállapították, hogy a His-köteg potenciál ezzel a módszerrel szűrő nélkül is megjeleníthető, az adatok magne-

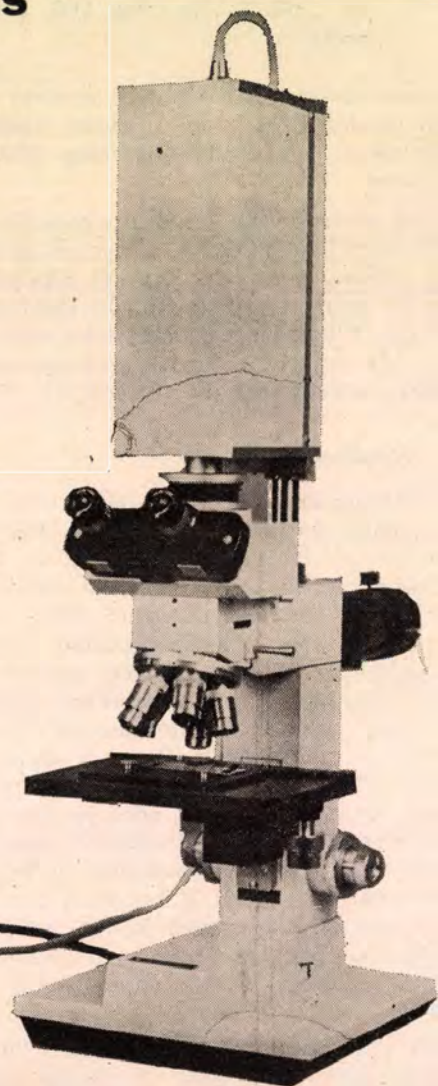
tofon segítségével tárolhatók, és lehetőség van számítógépes feldolgozásra is.

IRODALOM: 1. *van der Akker, T. J. és mtsai*: Comp. Biomed. Res. 1976, 9, 559. — 2. *Berbari, E. J.*: A Noninvasive Technique for Recording the Depolarization Potentials of the Heart's Electrical Conduction System. Thesis. January, 1973. — 3. *Giraud, G. és mtsai*: Arch. Mal. Coeur. 1960, 53, 757. — 4. *Horváth M. és mtsai*: Mérés és Automatika. 1977, 25, 372. — 5. *Kolta P., Tarján J.*: Előadás. Magyar Kardiológus Társaság 1977. évi tud. ülése, Balatonfüred. Előadás-

kivonatok, 149. old. — 6. *Mezey B. és mtsai*: Orv. Hetil. 1974, 115, 2667. — 7. *Pop, T. és mtsai*: Cor Vasa. 1972, 14, 61. — 8. *Rostás L., Tarján J., Fenyvesi É.*: Cardiol. Hung. 1976, 5, 107. — 9. *Tarján J. és mtsai*: Orv. Hetil. 1977, 118, 67. — 10. *Scherlag, B. J. és mtsai*: Circulation. 1969, 39, 13. — 11. *Stopczyk, M. J. és mtsai*: Surface recording of electrical heart activity during the P-R segment in man by a computer averaging technique (abstr.). International Research Communications System, 11-21-2, August, 1973. — 12. *Watson, H., Emslie-Smith, D., Lowe, K. G.*: Amer. Heart J. 1967, 74, 66. — 13. *Wórum F. és mtsai*: Orv. Hetil. 1978, 119, 273.

Carl Zeiss, MLW, Packard, Olympus, PZO, Boetius, Helena, Hycel, Vickers Instruments, Winter & IBE, Instrumentation Laboratory, Joyce-Loebl

gyártmányú kórházi laboratóriumi műszerek
esetenkénti és garancián túli javítása.
Rendszeres féléves karbantartásra
szerződés köthető.



Megrendeléssel forduljon központunkhoz:

Budapest V., Kossuth Lajos u. 17. 1053

Telefon: 173-022



V. ker. Tanács Egészségügyi Intézményei

A perhangyasav (PHS) fertőtlenítő oldat alkalmazása járóbeteg rendelésen

Bársony István dr. és Bató Éva dr.

A perhangyasav fertőtlenítő hatása és alkalmazása külföldön már évtizedek óta ismert. Olaszországban figyeltek fel rá először, azonban az első sikeres kísérleteket 1965-ben Merka, V. (1) és munkacsoportja Csehszlovákiában, később 1971-ben Zhitnyuk és Melhekov, V. (7) a Leningrádi Katonai Akadémia klinikájának sebészeti osztályán végezték el. Hazánkban Széchy és Csete kezdeményezték és sikerrel alkalmazták a Tatabányai Kórház sebészeti, baleseti sebészeti és nőgyógyászati osztályain. 1977-ben Bársony I. és Szerémi K. (8) számoltak be a Semmelweis OTE Orthopaediai Klinikájáról a perhangyasavas bemosakodással szerzett tapasztalataikról.

A vegyület mikrobiológiai tulajdonságait Vitéz (3) vizsgálta. A kezdeti vizsgálatok eredményei nem voltak kielégítőek, ezért a vegyület keletkezéséhez szükséges anyagok arányán változtatott, és így kitűnő eredményt kapott. Az új szer előnye a régebbi kézfertőtlenítő szerekkel (ammónia, Sterogenol, Ritosept stb.) szemben az, hogy nemcsak baktericid, hanem spóráölő hatása is van, ami különösen a sebészeti bemosakodáskor nagy jelentőségű. Ezen kívül a vegyület olcsó, az elkészítés módja egyszerű, a kézfertőtlenítés gyorsan elvégezhető.

A fenti előnyök adták a gondolatot, hogy az új szert a járóbeteg-rendelésen is használjuk.

Az V. ker. Tanács V. B. Egészségügyi Intézményei járóbeteg-rendeléseinek másfél évvel ezelőtt bevezettük és igen jó eredménnyel alkalmazzuk a PHS-as kézfertőtlenítést. A rendelőintézet sebészeti osztálya ambulans műtőjében is ezzel a szerrel mosakodnak be.

A vegyület (PHS) koncentrált hangyasav és hidrogénhiperoxid 1:2 arányú keverékéből úgy készíthető, hogy a koncentrált oldatokat a fenti arányban elegyítjük és 1 óra időtartamra hűtőszekrénybe tesszük. Ez az idő szükséges ahhoz, hogy a két vegyület perhangyasavvá alakuljon át. Ebből

a koncentrált oldatból a kézfertőtlenítésre alkalmas hígított oldat percek alatt elkészíthető.

A PHS erős oxidáló szer, hatását oxidációs reakció révén fejt ki.

Az oldatok elkészítési módja a következő

1000 ml-es mérőhengerbe mérünk 500 ml koncentrált, 30–32%-os hidrogénhiperoxidot, majd óvatosan hozzáöntünk 250 ml koncentrált, 85%-os hangyasavat, késhegynyi jaffa orange ételszínező festéket adunk hozzá (az utóbbinak csak indikátor szerepe van), majd az egészet 1000 ml-es, üveg dugós savüvegbe öntjük és azonnal a hűtőszekrény nem fagyasztó részére tesszük. 1 óra múlva ebből az oldatból már a hígított elkészíthető.

Hígított, kézfertőtlenítésre alkalmas oldat készítése: 970 ml csapvízhez 30 ml PHS törzsoldatot mérünk. Ez a használatra kész 3%-os oldat, amelyet mindennap a szükséges mennyiségben frissen kell készíteni. A hatását a készítés napján megtartja, de másnap már nem használható. Ezzel szemben a törzsoldat hűtőszekrényben hónapokig is tárolható anélkül, hogy fertőtlenítő hatását elveszítené.

A kézfertőtlenítés módja a következő

Ötperces előzetes, ún. tisztasági kézmosás (mélég víz, kefe, szappan) és körömtoalett után 1 percig hígított PHS oldatban mossuk kezeinket, majd steril gézlappal szárazra töröljük.

Mivel a koncentrált oldatok erős maró szerek, ajánlatos a készítést központilag a laboratóriumban végeztetni a sérülések elkerülése miatt. A készítés foglalkozó személyzetet ki kell oktatni a veszélyekre, a készítés módjára. A pontos használati utasítást a készítés helyén ki kell függeszteni.

Rendelőintézetünkben az oldatokat a laboratórium készíti. A törzsoldatból naponta reggel elkészítik a híg oldatot, amit az osztályok azon a napon a délelőtti és délutáni rendeléseken használnak.

Az oldatok készítését végző dolgozók részére gumikesztyű, gumikötény, védőszemüveg, mérőhenger és savüveg használata kötelező!

Eddigi tapasztalataink azt mutatták, hogy ajánlatos a folyadék térfogatához képest aránylag nagyobb mérőhenger és savüveg használata, és az oldat azonnali hűtőszekrénybe helyezése, mivel szobahőmérsékleten az erős gázképződés miatt az üvegből kifolyik.

Összefoglalás. A szerzők az V. ker. Tanács V. B. Egészségügyi Intézményei járóbeteg-rendelésén alkalmazott perhangyasav (PHS) kézfertőtlenítő oldattal szerzett tapasztalataikról számolnak be. Ismertetik az új szer kémiai összetételét, hatásmechanizmusát, előnyeit az eddig gyakrabban alkalmazott fertőtlenítő szerekkel szemben. A szert olcsósága, egyszerű előállítás, valamint kitűnő baktericid és spóráölő tulajdonsága miatt a járóbeteg-rendeléseken is ajánlják.

IRODALOM: 1. Merka, V., Sita, F., Zike, V.: Jour. Hyg. Epid. Microbiol. Immunol. 1965, IX, 220. — 2. Merka, V.: Zbl. Bact. I. O. 1972, 156, 441. — 3. Vitéz I.: Magyar Sebészet. 1963, 16, 118. — 4. Vitéz I.: Orv. Hetil. 1973, 114, 1981. — 5. Vitéz I.: Orv. Hetil. 1975, 116, 39. — 6. Szerémi K.: Bpesti Közegészségügy. 1975, 4, 118. — 7. Zhitnyuk, I. D., Melekhov, P. A.: Chirurgija. 1971, 1, 86. — 8. Bársony I., Szerémi K.: Magyar Traumatológia. 1977, 20, 317.

TISASEN A+B draszté

laxativum

ÖSSZETÉTEL

Sennozid A + B 10 mg drasztéként.

HATÁS

A senna-drog antron, diantron és antrakinnon típusú glükozidokat tartalmaz. Száraz kivonatában – melyet ez a draszté tartalmaz – hatásos diantron származékok találhatók: sennozid A és sennozid B. Az eddigi senna készítményekkel ellentétben ebben a drasztében a hatóanyag pontosan meghatározható, és általában mentes a nem kívánatos mellékhatásoktól. A draszté hatásos mind spastikus, mind az atóniás obstipatio esetén. A gyógyszer bevétele után 8–16 órán belül lép fel a hatás, könnyű és bőséges székletürítés formájában.

Diabeteses betegeknek is adható.

Alhasi vérbőrséget nem okoz, terhességben is alkalmazható.

Forgalomba hozza:

ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR
TISZAVASVÁRI

JAVALLATOK

Különböző eredetű (pl. habitualis, postoperatív, terhességi) obstipatio, továbbá műtéti előkészítés.

ELLENJAVALLAT

Bélelzáródás.

Káliumháztartás zavara.

ADAGOLÁS

Felnőtteknek a széklet rendezése céljából napi 1–2 draszté, hashajtás céljából napi 3–4 draszté este, étkezés után. Gyermekeknek 1 draszté este, étkezés után.

MELLÉKHATÁSOK

Ritkán átmenetileg flatulentia előfordul, továbbá abdominális fájdalmak jelentkezhetnek.

MEGJEGYZÉS: Vény nélkül is kiadható.

CSOMAGOLÁS: 30 db draszté.

● **TÉRÍTÉSI DÍJ:** 3,90 Ft





ENZAPROST F

injekció

1 mg és 5 mg

(Prosztaglandin $F_{2\alpha}$)

A prosztaglandin családnak egymástól szerkezetileg alig különböző tagjai széleskörű és figyelemre méltó farmakológiai hatásokat mutatnak a szervezet különböző szerveiben és szervrendszereiben. A prosztaglandin $F_{2\alpha}$ elsősorban a myometrium működésére kifejtett hatása alapján nyert alkalmazást a szülészetben és a nőgyógyászatban.

A prosztaglandin $F_{2\alpha}$ alkalmazási területe és módja nem tekinthető véglegesen lezártnak. A használati utasításban közöltek ideiglenes jellegűek és az eddigi tapasztalatokra épülnek. Az alkalmazás során begyűjtött vélemények a későbbiekben esetleg még módosíthatják az indikációkat, az alkalmazás módját és az ajánlott adagokat.



CHINOIN BUDAPEST

ÖSSZETÉTEL:

1 ml-es ampullánként 1 mg, ill. 5 mg prosztaglandin $F_{2\alpha}$ hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK:

A prosztaglandin $F_{2\alpha}$ a szervezetben természetesen előforduló aktív biológiai anyagok egyik képviselője, amely elsősorban a női reproduktív szervekre hat, azok működését befolyásolja. Figyelembe véve a méhizomzat működésére kifejtett hatását, alkalmazása javasolható:

1. A terhesség megszakítására a terhesség I. és II. harmadában
2. a méhszáj gyógyszeres tágítására (a terhesség megszakítása előtt)
3. a fájástevékenység kiváltására, ill. fokozására pathológiás terhesség esetén, a terhesség bármely szakában (pl. méhen belüli magzatelhalás, (missed abortion), anencephalia stb.)

ELLENJAVALLATOK:

Az Enzaprost F alkalmazása abszolút ellenjavallt a következő kórképekben: asthma bronchiale, colitis ulcerosa aktív szakasza, sarlósejtes anaemia, hypertonia, glaukoma, a méhen előzetesen végzett műtétek után (császármetszés, myoma enucleatio, conisatio).

Relatív ellenjavallatnak tekintendők:

a cardialis decompensatio, a krónikus bronchitis, az aktív pulmonalis tuberculosis, a nyugalmi szakban levő colitis ulcerosa, a májműködés zavarai, a vérzékenység, a méh fejlődési rendellenességei és myoma uteri bizonyos formái.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS:

1. és 2. terhességszakítás, a méhszáj gyógyszeres tágítása (extraamniális bevitel).

A vizsgálatok azt mutatják, hogy az Enzaprost F klinikai felhasználása során elért eredmények és az esetleg jelentkező mellékhatások súlyossága az alkalmazott eljárás milyenségétől függ.

Hazai tapasztalatok alapján az alábbi eljárás javasolható.

Praemedicatio:

Az Enzaprost F hatására fellépő méhcontractiokat kísérő fájdalmak és az esetleges hányinger, valamint a hányás kivédése céljából — a várható eredmény befolyásolása nélkül — a következő előkezelések bizonyultak eredményesnek:





A praemedicatio céljára használt gyógyszerek kombinációi és adagjai (mg-ban)

Dolargan	100	100	100	50
Pipolphen	—	50	50	—
Atropin	0,05	—	0,5	0,25
Seduxen	10,0	—	—	—

A fentiekben ajánlott kombinációk egyikét az Enzaprost F alkalmazása előtt közvetlenül intravenásan célszerű bejuttatni.

Medicatio: az Enzaprost F hatóanyagot a méhfal és a burok közé fecskendezzük (extraamniális bevitel) az alábbi katéterek valamelyikének segítségével:

- Folley-katéter, 12-es méret,
- műanyag katéter, 2 mm-es lumen-átmérővel,
- gumikatéter, 2 mm-es lumen-átmérővel,
- ureter-katéter.

A hüvely dezinficiálása után hüvelytükör segítségével látótérbe kell hozni a méhnyakat és a szem ellenőrzése mellett kell felvezetni a katétert a méhfal és a petezsák, ill. a burok közé, a méh fundusáig. A ballonos katétert fiziológiás konyhasó oldattal kell feltölteni (kb. 6 ml), hogy az a belső méhszájból ki ne csússzon. A katéter ballonjának feltöltése után visszaszívással ismerhető fel a ritkán előforduló, a méhnyálkahártya sérüléséből eredő vérzés. — Az Enzaprost F-t lassan, kb. 10 perc alatt kell injiciálni.

Adagolás: hazai tapasztalatok alapján a gyógyszer egyszeri adagban történő (impakt) bevitele javasolható az alábbiak szerint:

— a terhesség	0—6. hetében	5—10 mg
— a terhesség	7—16. hetében	10—15 mg
— a terhesség	17—25. hetében	20—30 mg

Az adag ismétlésére a terhesség 0—6. hetében általában nincs szükség. A terhesség későbbi szakában kivételes esetben szükséges lehet az előző adag bevitelének megismétlése, a kezelés megkezdésétől számított 12—24 óra múlva.

3. Patológiás terhesség megszakítása (extraamniális bevitel).

Jó eredmények várhatók a terhesség bármely időszakában a méh fájástevékenységeinek kiváltásában olyan szövődmenyes terhesség megszakítása esetén, mint a magzat méhen belüli elhalása (missed abortion), és a fejlődési rendellenességek bizonyos formái (pl. anencephalia stb.). Ilyenkor az Enzaprost F alkalmazása a terhességmegszakításra javasolt eljárás szerint történik (extraamniális bevitel).

A méhen belüli magzatelhalás során végzett prosztoglandin kezelést szükség esetén Oxytocin infúzióval célszerű kiegészíteni, amikor is a prosztoglandin adagját egyidejűleg csökkenteni lehet.

MELLÉKHATÁSOK:

Ha az Enzaprost F megfelelő adagban és módon kerül alkalmazásra, mellékhatások ritkán jelentkeznek. A megjelenési gyakoriságot figyelembe véve főleg a következő mellékhatásokkal kell számolni:

- a méh összehúzódásával összefüggő alhasi görcsös fájdalmak (ezek a mellékhatások elháríthatók, ha a prosztaglandin beadása előtt közvetlenül az előzőekben leírt praemedicatiót alkalmazzák, vagy egyéb analgeticumot adnak).
- enyhe fejfájás (néhány perc alatt magától megszűnik).
- hányinger, hányás (általában a gyógyszer bevitele után 1—2 perccel jelentkezik és csak néhány percig tart).
- elvétve tachycardia, a vérnyomás kismértékű emelkedése, hasmenés, verejtékezés, ájulás-érzés figyelhető meg.

FIGYELMEZTETÉS:

Lateis asthma esetén a kezdő adag hatására heveny légúti szűkület állhat elő, ezért ezen szövődmény elhárítására fel kell készülni.

Amennyiben a relatív ellenjavallatot képező — cardialis decompensatio — esetében prosztaglandin kerül alkalmazásra, gondoskodni kell a szív működés megfelelő gyógyszeres támogatásáról.

CSOMAGOLÁS:

Enzaprost F 1 mg inj. 5 × 1 ml,

térítési díj: 28,80 Ft

Enzaprost F 5 mg inj. 5 × 1 ml,

térítési díj: 108,— Ft.

MEGJEGYZÉS: ✱ ✱

Orvosi vényen nem rendelhető. Kizárólag fekvőbeteg-gyógyintézetek számára kerül forgalomba.

Eltartás:

15 °C hőmérséklet alatt. Lejáratí idő: 1 év.

Chinoín Gyógyszer és Vegyészeti Termékek Gyára, Budapest



Országos Kardiológiai Intézet
(igazgató: Gábor György dr.)

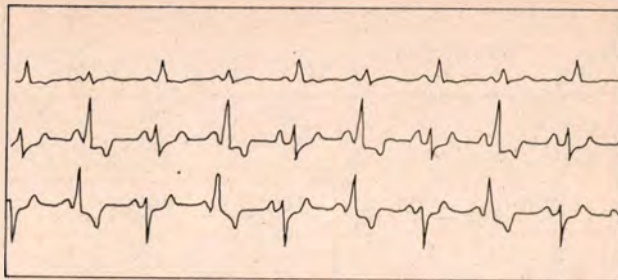
Rejtett vezetés által kiváltott Wenckebach periodicitás és kaotikus kamrai tachycardia intermittáló fascicularis blockban

Veress Gábor dr. és Papp Katalin dr.

Az a-v csomón át történő vezetésről az EKG-n a P—R távolságból lehet következtetni. Időnként azonban az anterográd és retrográd vezetődés az a-v csomón át nem teljes. Ilyenkor az impulzus bejut az a-v csomóba, de azután ott blockolódhat. Az impulzusnak az a-v csomóba történt részleges bejutása az a-v csomó érintett régióját refrakterré teszi és ez az ezután következő ingerületvezetésben zavart eredményez. A vezetés ilyenkor valójában rejtett (concealed conduction). Ezenkívül az a-v csomóba részlegesen behatoló impulzus eljuthat az a-v nodalis pacemakerhez és azt idő előtt kisütve, az impulzusképzés zavarát hozza létre. Ezek azok a következményes zavarok, amelyek az a-v csomóban a megelőző részleges rejtett vezetés jelenlétét jelzik. A rejtett vezetés tehát a vezetőrendszer egy néma területén belüli inkomplet vezetés egyik formája, amelynek a jelenlétére a következményes vezetési és ingerképzési zavarból lehet következtetni (12). A rejtett vezetés fogalmát először Langendorf (7) vezette be 1948-ban. Rejtett vezetés következtében létrejövő ingerképzési zavarról először egymástól függetlenül Winternitz (15), Luten és Jensen (9) számolt be. Hazai vonatkozásban tudomásunk szerint ilyen témájú közlés nem ismeretes, ezért az alábbiakban olyan esetünket ismertetjük, ahol mind az ingerületvezetési, mind az ingerképzési zavarnak a rejtett vezetés volt az oka.

Esetismertetés

B. K., 46 éves férfi, 20 évvel ezelőtt pneumoniája, 1977 márciusában pleuritis exsudatívája volt. 1977 augusztusában klinikailag igazolt elülsőfali myocardialis infarktust szenvedett el. Az utóbbi hetekben

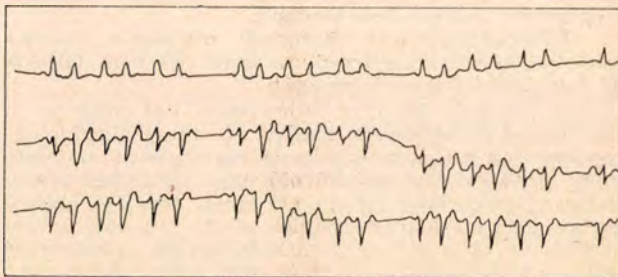


1. ábra: B. K. I., II., III. elvezetés. Intermittáló bal anterior és bal posterior hemiblock

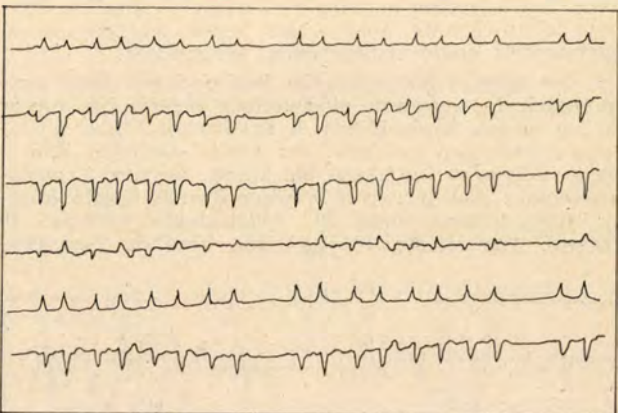
jelentkező szív táji fájdalmak, dyspnoe és rendetlen szív működés miatt került kórházba, ahol Cedilanid, Verospiron, Brinaldix, Nitrosorbid, Procainamid kezelésben részesült. A klinikai kép alapján bal kamra aneurysma gyanúja merült fel és ennek tisztázása miatt vettük fel.

Statusából kiemeljük: szív balra 1 h.-ujjal nagyobb, arhythmias szív működése van, a csúcson, az I. hang dobbanó, itt ejectiós systolés zöreje hallható. Mellkas emphysemás, a tüdők felett enyhe pangásra utaló szörtyzörejek. Májja 1 hu., lépe nem tapintható. RR: 120/80 Hgmm.

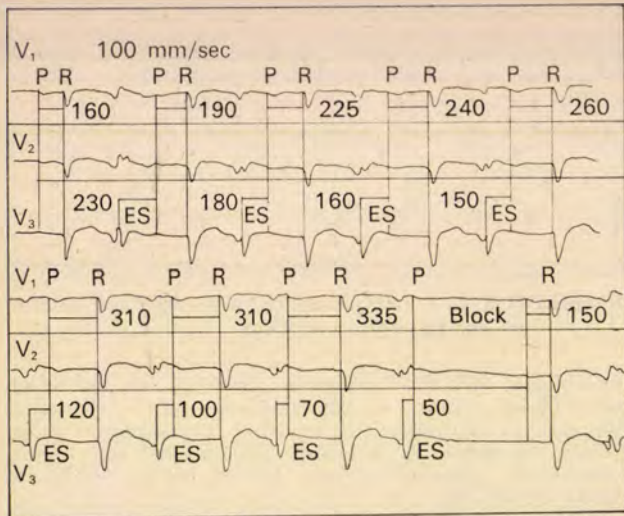
Laboratóriumi eredmények: vvt.: 4,9 M, Hb.: 14,4 g%, fvs.: 7600, se. cholesterolin: 441 mg%, se. összlipoid: 1850 mg%, We.: 24 mm/h, vércukor: 81 mg%, thy.: 4,0 E, se. kreatinin: 0,34 mg%, se. Na: 142, K: 4,1 maeq/l.



2. ábra: B. K. I., II., II. elvezetés. Sinus rhythmus mellett bigemin elrendeződésű a-v junctionalis ES-k. Sinus ütésekben a P—R távolság fokozatosan nő, majd a 4. P hullám blockolódik. Ezután a periódus ismétlődik. Wenckebach-periodicitás, melyet a retrograd vezetődésű ES-k idéznek elő az a-v csomóban (4:3-as Mobitz I. block)



3. ábra: B. K. Sinus rhythmus mellett bigemin elrendeződésű ES-k, melyek retrograd vezetődéssel Wenckebach periodicitást okoznak 5:4-es pitvarkamrai vezetéssel. I., II., III., aVR, aVL, aVF elvezetés



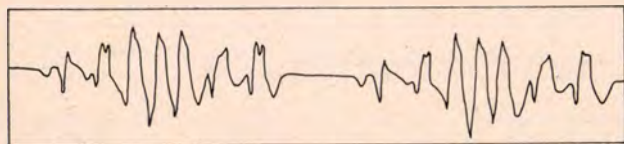
4. ábra: B. K. V_{1-3} elvezetés. Wenckebach-periodicitás 9:8-as pitvar-kamrai vezetődéssel. Az ES-eket követően a P-R távolság fokozatosan 160 ms-ról 335 ms-ra nő a blockolt ütésig. Papírsebesség: 100 mm/s

Mellkas rtg: a tüdőkben vascularisatiós eltérés nincs. A jobb felső lebenyben régi specifikus folyamat maradványai láthatók. Szívübeli kimélyült, a bal kamra mérsékelten tágabb. Alig tágabb, sclerotikus aorta. A bal kamra kontúr-pulsatiója a rekeszi felszínen megtartott, máshol csökkentebb.

Echocardiographia: Kiterjedt mellsőfali necrosis jelei, de körülírt aneurysmára utaló jel nem látható. Jó kompenzatorikus falmozgás.

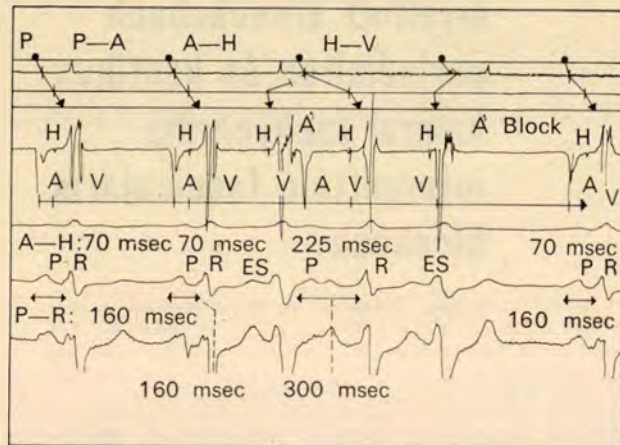
A felvételi EKG-ja intermittáló bal anterior és bal posterior hemiblock mellett (1. ábra) bigemin elrendeződésű a-v junctionalis extrasystolákat mutatott, mely az extrasystolákat követő sinus ütésekben Wenckebach-periodicitást idézett elő (2–4. ábra). A halmozottan jelentkező extrasystolák miatt antiarrhythmias kezelésben részesült, káliumpótlás mellett. Alkalmazott kezelés mellett extrasystoliája nem szűnt, majd kamrai paroxysmusok jelentkezése után (5. ábra) kamra-fibrillatio alakult ki eszméletvesztéssel. Sikeres resuscitatio után időleges demand pacemaker elektródát vezetünk a szívbe és az észlelt „kaotikus kamrai tachycardia” miatt a terápiát módosítottuk. A Lidocain és Procainamid adását felfüggesztettük és Propranololt adtunk, melynek hatására a beteg dyspnoéja fokozódott. Ezután Diphenylhydantoint alkalmaztunk, melynek hatására az extrasystolák száma átmenetileg csökkent. Ezt követően a beteg viszonylag jó klinikai állapota lehetővé tette, hogy a jobb szívfél kateherezéssel egybekötött angiocardigraphiát elvégezzük.

Az arteria pulmonalisba fecskendezett kontrasztanyagból laevogramm stádiumban tágabb bal pitvar és bal kamra ábrázolódtak. A bal kamra kontúr-pulsatiója körkörös csökkenett. Az ürülés elhúzódó. Radiológiai vélemény: csökkent bal kamra funktio. Nyomásviszonyok: jobb pitvar 12/0, középnyomás 8, jobb kamra 40/0, középnyomás 20, végdiastolés nyomás: 10 Hgmm. Egyidejűleg a His-köteg areához 7-es His-



5. ábra: B. K. V_2 elvezetés. Az első sinus ütés után formailag azonos ES hozza létre és szünteti meg a kamrai tachycardiát. Ezután a periódus ismétlődik. Kaotikus kamrai tachycardia

kathetert vezetünk fel és His-köteg EKG (HKE)-t regisztráltunk (6. ábra). A HKE igazolta az extrasystolák a-v junctionalis eredetét és azok retrograd vezetődését, mely az a-v csomó és pitvari szövetek refrakter periódusát növelve, késleltette, ill. blockolta a rákövetkező sinus impulzusok terjedését. Tekintettel a beteg klinikai állapotára, csökkent bal kamra funktiójára és a therapiaregistens ritmus-zavarára, a jobb oldali vena cephalicán keresztül endocardialis elektródát vezetünk a jobb kamrába, melyet Medtronic xytron demand pacemakerrel csatlakoztattunk. Ezután elégséges dosisban alkalmazott digitalis kezelés mellett átmenetileg észlelt pacemaker ritmus után, sinus ritmus mellett az extrasystolák nem jelentkeztek és kifogástalan keringés mellett a beteg panaszmentessé vált.



6. ábra: HKE és szimultán végzett EKG I, II, III. elvezetés. Az ábra felső részén a Lewis-féle szemléltető diagramm. Az első két sinus ütés normális ingerületvezetéssel terjed a kamrára. A 3. ütés egy a-v junctionalis extrasystole, mely retrograd úton betér a csomóba. Emiatt a következő sinus ingerület vezetődése lassul. Az ezután jelentkező extrasystole miatt az azt követő sinus ingerület blockolódik. A block után a sinus ingerület vezetődése ismét normális. Papírsebesség: 100 mm/s

Megbeszélés

A rejtett vezetés helye leggyakrabban az a-v csomó, de előfordulhat a sinoauricularis junctionban, egy ectopiás kamrai vagy pitvari junctionban és az ingerületvezető rendszer egy distalis ágában is (12). Az a-v csomóban fellépő rejtett vezetés bekövetkezhet anterograd vagy retrograd irányból. Az anterograd úton bekövetkező rejtett vezetés példája, amikor egy pitvari extrasystole részlegesen betér az a-v csomóba és meghosszabbítja annak refrakter periódusát. Ennek következtében a következő sinus ütés vezetődése lassul az a-v csomóban, amit a P-R távolság növekedése kísér. Retrograd úton bekövetkező rejtett vezetés példája, amikor egy kamrai extrasystole retrograd úton betér az a-v csomóba és annak refrakter periódusát megnyújtja. Emiatt a következő sinus ütés vezetődése késést mutat (2). Esetünkben a bigemin elrendeződésű a-v junctionalis extrasystolák retrograd vezetődéssel az a-v csomóban a-v nodalis Wenckebach-sorozatát idézték elő az extrasystolákat követő sinus ütésekben (2., 3., 4. ábra). A 2. ábrán látható, hogy az első sinus ütés 0,16 s-os P-R távolsággal vezetődik a kamrára. Az ezután

jelentkező extrasystole retrograd úton részlegesen betérjed az a-v csomóba. Az a-v csomó relatív refrakteritása miatt a 2. sinus ingerület vezetődése késik és ennek következtében a P—R távolság 0,16 s-ról 0,20 s-ra nő. A következő extrasystole még nagyobb mértékben behatol retrograd úton az a-v csomóba és ennek következtében az azt követő P—R távolság 0,28 s-ra nő. A harmadik extrasystole retrograd vezetődése az a-v csomó olyan mértékű refrakteritását okozza, hogy az azt követő sinus ütés blockolódik. Ez idő alatt az a-v csomó refrakteritása megszűnik és a következő sinus ingerület ismét normális P—R távolsággal vezetődik, de az extrasystolék miatt a Wenckebach-periodicitás ismételtelen jelentkezik 4:3-as vezetődési aránnyal. A fentiekhez hasonlóan 5:4 vezetési aránnyal jelentkező Wenckebach-periodicitást is észleltünk (3. ábra). Ezenkívül 9:8-as vezetési aránnyal jelentkező Wenckebach-periodicitást is megfigyeltünk, ahol a P—R távolság 160 ms-ról 335 ms-ra növekedett a blockolt ütest megelőzően (4. ábra). Az ábra a P—R távolság növekedése mellett azt is demonstrálja, hogy az extrasystolék és az azokat követő vezetett sinus ütések közötti távolság (ES—P távolság) egyre rövidebb lesz (230—50 ms). Ez azt jelenti, hogy minél korábban jelentkezik az extrasystole után a sinus ingerület, annál nagyobb a vezetékésés az a-v csomó refrakteritása miatt.

Az elvégzett His-köteg EKG (HKE) igazolta, hogy az esetünkben észlelt ritka rhythmus-zavar kialakulásában az extrasystolék retrograd úton történő vezetődése lényeges szerepet játszik (6. ábra). Az első két sinus ütés normális ingerületvezetést mutat (A—H: 70 ms, H—V: 40 ms). Az ezután jelentkező a-v junctionalis extrasystole anterograd és retrograd irányba terjed. A retrograd vezetődés miatt az a-v csomó relatív refrakter fázisa elhúzódik és ezért a következő sinus ingerület vezetődése késik (A—H: 225 ms). Az ezután jelentkező extrasystole az a-v csomó és a pitvar olyan mértékű refrakteritását okozza, hogy az azt követő sinus ingerület teljesen blockolódik.

A rejtett vezetés nemcsak ingerületvezetési zavart, hanem ingerképzési zavart is előidézhethet. Ennek példája, amikor kamrai extrasystole retrograd vezetődése az a-v csomóban lehetővé teszi, hogy az extrasystolés impulzus elérje és kisüsse az a-v nodalis pacemakert. Következésképpen az a-v nodalis ciklus újra beindulhat és az a-v nodalis impulzus ilyenkor megelőzheti a gyorsabb sinus ingerület megérkezését (12). Esetünkben kamrai paroxysmusok gyakran alakultak ki, melyek kiváltásában a rejtett vezetés szerepének fennállása ugyancsak szerepet játszhatott. Ezt a következő mechanizmus útján képzeljük el:

A sinus alapütések vezetődése bal anterior hemiblockot mutat (1—3. ábra), azonban intermittálóan bal posterior hemiblock is jelentkezett (1. ábra). Az extrasystolék ugyancsak bal anterior hemiblock mintát mutatnak relatíve szűk QRS komplexussal. Így a felületi EKG alapján az extrasystolék kiindulási helyének az a-v junctionalis structura distalis részét gondoltuk, mivel az extrasystolék formája közel hasonló volt az alapütések formájához. A HKE igazolta, hogy az extrasystolék

kiindulási helye az a-v junctionalis structura distalis része, nevezetesen a His-köteg (az extrasystolék V hullámát H potenciál előzi meg) (6. ábra). Az 5. ábrán látható, hogy a sinus ütest követően egy extrasystole egy kamrai tachycardiát indít el, mely a paroxysmust megelőző extrasystoléhoz hasonló ütéssel fejeződik be (6). A paroxysmust beindító a-v junctionalis extrasystole hasonlóan a bigeminus rhythmus alatt észlelt extrasystolékhoz anterograd és retrograd úton vezetődik. A retrograd úton történő vezetődés refracterré teszi az a-v csomót és késlelteti a következő sinus ingerület megérkezését a kamrába. Az extrasystole anterograd vezetődése — a sinus ingerület késése miatt — lehetővé teszi egy ventricularis pacemaker kisülését. Következésképp a ventricularis pacemaker újra létrejöhet és ilyenkor a ventricularis impulzus megelőzheti a gyorsabb sinus ingerület megérkezését. Így egy reentry mechanizmus kapcsán a kamrai tachycardia persistál (11). A körpálya útja a következő: Purkinje-rendszer — szárazak — His-köteg — a-v csomó — His-köteg — szárazak — Purkinje-rendszer. A relative gyors frekvenciájú kamrai ingerület retrograd vezetődése nem engedi a sinus ingerület átvezetődését az a-v csomón át a tachycardia alatt. A paroxysmus végén jelentkező extrasystole kioltja a reentry mechanizmust, ami lehetővé teszi egy sinus ingerület sikeres átvezetődését. Az ezután kialakuló extrasystole ismét kamrai paroxysmust hoz létre (5. ábra).

Az utóbbi években többen beszámoltak olyan eszméletvesztéssel járó recidiváló kamrai tachycardiáról és fibrillációról, amelynek kezelésében a szokásos antiarrhythmiaszerek hatástalannak bizonyultak (1, 5, 6, 11, 12, 13, 14). Morfológiai alapon a tachycardiát „torsades de pointes”-nek nevezték el (3), míg hazánkban a „kaotikus kamrai tachycardia” elnevezést alkalmazták (1, 5, 14). A körkép kialakulásában a hypokalaemiát teszik elsősorban felelőssé (5), de bizonyos gyógyszerek alkalmazása után is megfigyelték (8, 13, 14). A körkép pathomechanizmusa ma még nem teljesen világos, de feltételezik, hogy a cardialis activatio desynchronisatioja szerepet játszik a tachycardia kiváltásában (3, 4, 10).

A rohamok kialakulását az úgynevezett „különös bigeminia” előzi meg és extrasystole vezet be (6, 13). Feltételezzük, hogy esetünkben az extrasystolék retrograd vezetődése késlelteti a következő sinus ingerület vezetődését a kamrába, míg az extrasystolék anterograd vezetődése a sinus ingerület késése miatt időnként ventricularis pacemakert hoz létre, amely reentry mechanizmus kapcsán tartja fenn a tachycardiát.

Az ingerületvezető rendszerben kialakuló rejtett vezetés fennállására kívántuk a figyelmet felhívni és feltételezzük, hogy esetünkben a kaotikus kamrai tachycardia kiváltásában a szív elektromos instabilitása mellett a rejtett vezetés is aetiopathogenetikai szerepet játszik.

Összefoglalás. A szerzők olyan myocardialis infarctust elszennvedett beteg esetét ismertetik, ahol az intermittáló kamrai vezetési zavarok mellett a bigeminus elrendeződésű a-v junctionalis extrasysto-

lék retrograd vezetődése az a-v csomóba Wenckebach-periodicitást idézett elő az extrasystolákat követő sinus ütéseken. Tárgyalják, hogy a rejtett vezetés a kézzelfogható ingerületvezetési zavar mellett (Wenckebach-periodicitás) esetleg a kamrai rhythmus-zavarok pathomechanizmusában is szerepet játszott.

IRODALOM: 1. Buday G. és mtsai: Előadás. Magyar Kardiológusok Társasága tudományos ülése. Balatonfüred, 1974. — 2. Damato, A. N., Lau, S. H.: Circulation. 1971, 43, 967. — 3. Han, J. és mtsai: Am. Heart J. 1966, 71, 481. — 4. Han, J., Moe, G. K.: Circulation Research. 1964, 14, 44. — 5. Kerkovits Gy.:

Magy. Belorv. Arch. 1975, 12, 5—6 suppl. — 6. Krikler, M. D., Curry, P. V. L.: Brit. Heart J. 1976, 38, 117. — 7. Langendorf, R.: Am. Heart J. 1948, 35, 542. — 8. Levy, R. L.: J. Am. Med. Assoc. 1922, 79, 1108. — 9. Luten, D., Jensen, J.: Am. Heart J. 1932, 7, 593. — 10. Motté, G. és mtsai: Arch. Malad. Coeur Vais. 1970, 63, 831. — 11. Raynaud, R. és mtsai: Arch. Malad. Coeur Vais. 1969, 62, 1578. — 12. Schamroth, L.: The disorders of cardiac rhythm. Blackwell Scientific Publications, Oxford, Edinburgh, 1971. — 13. Slama, R. és mtsai: Arch. Mal. Coeur. 1973, 66, 1401. — 14. Timár S., Bruncsák A.: Orv. Hetil. 1978, 119, 719. — 15. Winternitz, M.: Wien. Arch. inn. Med. 1932, 22, 445.

NICOFLEX

kenőcs

V 000 Antirheumatica

mV 200 Nem glucocorticoidok

ÖSSZETÉTEL:

1 tubus (50 g) 0,0075 g capsaicinum-, 0,05 g aetheroleum lavendulae-, 1 g aethylum nicotinicum-, 4,5 g aethylenglycolum salicylicum hatóanyagot tartalmaz lemosható kenőcsben.

JAVALLATOK:

Arthrosis (osteoarthrosis), myalgia, spondylarthrosishez csatlakozó neuralgiák, krónikus polyarthritis (rheumatoid arthritis), egyéb arthritisek, tendovaginitisek megnyugodott szakában. Sportolóknak bemelegítéskor.

ELLENJAVALLAT:

Minden gyulladás aktív szaka.

ALKALMAZÁS:

A kívánt testfelületet langyos szappanos vízzel lemoszuk, szárazra töröljük, és a kenőccsel vékonyan bekenjük. Izületi megbetegedésekben a kezelést 3 napon át egyszer, majd azt követően naponta kétszer (reggel és este) végezzük. Bemelegítés céljából a kenőcsből 4–5 cm csíkot a sportoló gyúrásakor a bőrbe dörzsölünk.



MELLÉKHATÁSOK:

Esetleg bőrtúlérzékenység, mely antihisztaminokkal kedvezően befolyásolható.

FIGYELMEZTETÉS:

Az egész bőrfelület egyszerre történő kezelése tilos. A kenőcsöt csak ép és tiszta bőrfelületen szabad használni. Bekenés után a kezét meleg vízben, szappannal gondosan meg kell tisztítani. Bedörzsölés után a bőr kipirulása, átmelegedése s ezzel egyidejűleg csípős, égető érzés jelentkezik, mely kb. 1 óra elteltével fokozatosan megszűnik. Friss sérülésre alkalmazni nem szabad.

MEGJEGYZÉS:

Vény nélkül is kiadható.

CSOMAGOLÁS:

50 g-os tubus.

TÉRÍTÉSI DÍJ:

5,— Ft/tubus



Gyártja:

„REANAL” Finomvegyszergyár, Budapest

Mellkasfali „homokóra-lipoma”

Tarján Enikő dr., Pintér Endre dr.,
Szüle Péter dr. és Tóth András dr.

A mellüregi zsírdaganatok közel 200 éve ismertek ugyan, de ma sem tartoznak a gyakori elváltozások közé. Az elmúlt években több intrapleurális és intrabronchialis elhelyezkedésű lipomát észleltünk intézeteinkben (8, 13), mellkasfali zsírdaganat azonban anyagunkban mindeddig nem fordult elő. Ezért tartjuk indokoltnak, hogy egy mellkasfali homokóra formájú zsírdaganatot ismertessünk, amelynek külső részét 5 évvel ezelőtt eredménytelenül eltávolították. Esetünk nemcsak therapiás, hanem diagnosztikus tanulságokkal is szolgál.

Esetismertetés

V. S.-né, 44 éves nőbetegünk 1973-ban bal melle felett, mélyen a bőr alatt, nyomásra érzékeny puha daganatot észlelt. Műtétet végeztek és szövettanilag igazolt lipomát távolítottak el. Közel 4 éven át panaszmentes volt. 1977-ben a korábbi műtési területen ismét lassan növekedő, nyomásérzékeny daganatot vett észre. Ezzel egy időben nőgyógyászati panaszai jelentkeztek, amelynek műtési megoldását ajánlották. A kórházi osztályon a mamma feletti, jól tapintható, kiújult daganatból biopsziát végeztek, amely lipomának bizonyult. Az ekkor készített rtg-felvételeken derült ki a bal mellüregben levő elváltozás. Részletes kivizsgálás céljából vettük fel klinikánkra. Fizikális statusa: 168 cm magas, 64 kg súlyú nőbeteg. A bal mellkasfalán a mamma felett két, egymás melletti p. p. gyógyult műtési heg látszik. Ebben a területben kb. 4×3 cm nagyságú, puha, alapjától el nem mozdítható terimenagyobbodás tapintható. Fizikális vizsgálattal egyéb eltérés nem volt. Pulsus: 72/min, RR: 130/80 Hgmm.

Laboratóriumi leletei: vérkép, vizelet, máj-functio: normális. EEG: 72/min sinus rhythmus, ép de- és repolarisatio. Légzés-functio: TK: 4290 ml, VK: 3000 ml (88%), FEV₁: 2250 ml, IGV: 2140 ml (kivánt értéke: 2409 ml), légúti áramlási ellenállás: 2,0 vízcml/s. Mellkas rtg: bal oldalon a felső lebeny területére vetülően kb. almányi homály észlelhető, mely az oldal-felvételen elől helyezkedik el. Célzott bal ferdében készült mellkasfelvételen az elülső mellkasfal mentén kb. 3–4 cm hosszúságú, a tüdő felé ívelt határú légyszárnyék követhető (1. ábra). A fenti elváltozás pontos tisztázása céljából thoracotomiát végeztünk: bal oldali axilláris, transmuscularis behatolás. A tüdő szabad és ép. Nyomban feltűnik a mellkasfal belső felszínén, subpleuralisan a medioclavicularis vonal-

ban elhelyezkedő, kb. női ökölnyi nagyságú, puha tumor. A fali mellhártyalemezt átvágjuk, tompán és élesen kidolgozzuk a IV. bordaközben levő, a környezetében szélesen szétterülő daganatot. Eltávolítás közben kiderül, hogy kb. 1 cm széles intercostalis nyíláson keresztül nyél köti össze az elülső mellkasfalán fekvő lipomával. Ezt is eltávolítjuk, nagysága kb. 4 cm átmérőjű. A szövettani vizsgálat lipomát igazolt. Zavaraltan postoperatív kórlefolyás.

Megbeszélés

A mellkasi lipomák általában solitaerek és a tüdő parenchymájában, a mediastinumban, a hörgőkön belül, vagy a pleurák alatt fordulhatnak elő (1, 2, 8, 9, 12, 14).

Megjelenésük általában differenciáldiagnosztikai kérdéseket vet fel, bár természetüket a lágyrész-intenzitású, környezeténél transzparensabb rtg-árnyékuk néha sejteti. Többségük a nagyhörgőkben fordul elő. A gátorban mindenütt kialakulhat, de legtöbbször elől található. Számos kórformamattól kell elkülönítenünk a paracardialis localisatójú intrapleurális formát (3, 4, 13). A tüdőn belüliek kerekárnyék képében tűnnek elő. A pleuraközeli ritkák; a visceralis mellhártyával össze-



függő, széli tüdő-lipomák irodalmi ritkaságok (10, 12), míg ennél valamivel gyakoribbak a belső mellkasfalán a fali pleura alattiak. A mellkasi lipomák vékony nyéllel „homokóra”-szerűen összefügghetnek extrathoracalis részükkel. Így volt ez saját esetünkben is. A mellkasfali homokóra-lipomát egészeiben, radikálisan kell eltávolítani, mert bármelyik része marad vissza, az később recidiva forrása lehet. A műtési behatolás, kivételes esetektől eltekintve, a thoracotomia.

Tünete legfeljebb a hörgőn belüli lipomának lehet, a többi esetben elsősorban malignus tumortól kell elkülönítenünk. Felépítésük általában sárga zsír, de egyéb szövetet is tartalmazhatnak (myxo-fibro-lipoma stb.). A barna zsírdaganat (hibernoma) ritka (5, 6, 12).

Kialakulásuk oka ismeretlen. Fejlődési rendellenesség is lehet, illetve ezekhez társulhat, de általában ott jelenik meg, ahol a szervezetben fiziológiásan is előfordul zsírszövet (1, 9). Elhízottakon gyakoribb, de éhezéskor megmarad.

Esetünkben — az előzmények ismeretében — már a kivizsgálás során mellkasfali homokóralipoma fennállását tartottuk legvalószínűbbnek, bár egyéb, kötőszövet eredetű daganat lehetősége is felmerült. A thoracotomia, miként más, hasonló rtg-elváltozást előidéző tumor esetében, egyértelműen indokolt volt. Tanulással szolgál, hogy a mélyen fekvő, alapjától nem elmozdítható mellkasfali zsírdaganat nagy ritkaságként homokóra formájú lehet, azaz folytatódik a mellüregben. Ilyenkor — hogy a recidivát elkerüljük — a tumor radikális eltávolítását kell elvégeznünk. Ehhez legjobb behatolásnak a hónalji thoracotomiát tartjuk.

Összefoglalás. Szerzők mellkasfali homokóralipoma esetét ismertetik és összefoglalják a kórképpel kapcsolatos diagnosztikus és therapiás lehetőségeket.

IRODALOM: 1. Alber, H.: Z. Erkr. Atm. 1969, 130, 349. — 2. Fraser, R. G., Paré, J. A. P.: Diagnosis of Beitr. Klin. 1956/57, 116, 615. — 4. Heine, F., Hillebrand, H.: Beitr. Klin. Tuberc. 1958, 118, 446. — 5. diseases of the chest. Saunders, 1970. — 3. Heine, F.: May, C. L. és mtsai: Amer. Rev. Resp. Dis. 1960, 82, 555. — 6. Morgan, A. D. és mtsai: Thorax. 1966, 21, 186. — 7. Ochsner, S. és mtsai: J. Thorac. Surg. 1957, 33, 371. — 8. Perger, L. és mtsai: Pneumonol. Hung. (Közlés alatt) 1978. — 9. Plachta, A., Hersley, H.: Amer. Rev. Resp. Dis. 1962, 86, 912. — 10. Roenspies, U., Jayet, A.: Thoraxchirurgie. 1978, 26, 2. — 11. Shapiro, R., Carter, M. G.: Amer. Rev. Tuberc. 1954, 69, 1042. — 12. Spencer, H.: Pathology of the lung. 1977. — 13. Szüle P.: Orv. Hetil. 1973, 114, 1109. — 14. Szűcs S.: A mediastinum betegségei. Bp. 1971. Medicina. — 15. Teneyck, E. A.: Radiology. 1960, 74, 295.

JODAQUA

sóshartyányi, természetes jódos gyógyvíz

A jód a gyógyításban fontos szerepet tölt be. Erre a célra különösen alkalmas a természetes, jódos gyógyvízzel végzett ivókúra, mert a gyógyvízben oldott egyéb alkotórészek a jód hatását elősegítik és elejét veszik az esetleges kellemetlen mellékhatásoknak.

A JODAQUA gyógyforrás a jódban leggazdagabb gyógyvíz.

A JODAQUA gyógyvízzel végzett ivókúra igen hatásos a golyva megelőzésében és gyógyításában. Azokon a vidékeken, ahol a golyva szokványosan jelentkezik, már egészen kis adag gyógyvízzel a golyva kifejlődése majdnem teljesen megakadályozható. A már kifejlődött golyva az ivókúra hatására — különösen gyermekkorban — nagymértékben megkisebbedik vagy eltűnik.

Rendelés: a gyógyvíz napi adagja:

gyermekeknél 1–3 kávéskanálnyi;
felnőtteknél 1–3 evőkanálnyi.

Jó eredménnyel használható fel:

- magas vérnyomás,
- érelmeszesedés,
- egyes csont- és mirigymegbetegedések kezelésében.

Adagja naponta 1–3 evőkanálnyi.



Cysticus adventitia degeneratio (CAD)

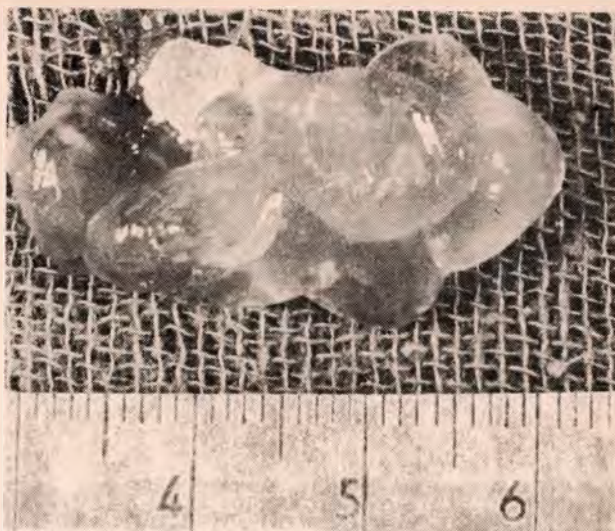
Szabó Imre dr., Dzsinih Csaba dr.,
Soltész Lajos dr. és Sulyok Zoltán dr.

Az obliteratív érbetegségek érdekes és kevésbé ismert csoportját alkotják az adventitia cysticus degeneratioja következtében kialakuló segmentális érelzáródások, amelyeket az uni- vagy multilocularis cystákban elhelyezkedő mucosus bennék feszülése és a lumenre gyakorolt compressiója hoz létre. Az első esetet *Atkins* és *Key* közölték 1947-ben, amely az arteria iliaca externa occlusióját okozta (2). *Vollmar* 1963-ban 12 esetet gyűjtött össze, *Powis* és *mtsai* 1970-ben már 36 esetet találtak az irodalomban (26, 22). *Hiedreth* 1975-ben 54 eset gyűjtőstatisztikáját közölte (13). 1976-ban három további arteria poplitea compressiót ismertettek, így eddig 57 eset nyert publicitást (1, 5, 23). 48 betegben az arteria poplitea elzáródását észlelték, 9 esetben az elváltozás más érterületen jelentkezett. Az arteria ililaca externán kialakult cysticus adventitia degeneratiót *Atkins* és *Key*, *Jaquet* és *Meyer-Burgdorff*, valamint *Baumann* és *mtsai* ismertették (2, 17, 4). *Bäckstrom*, *Linnel* és *Östberg* 2, *Parkes* 1 arteria radialis és 1 arteria ulnaris elzáródást okozó elváltozást írtak le (6, 20). Az arteria femoralis communison jelentkező CAD-t *Jaquet* és *Meyer-Burgdorff* publikálták 1960-ban, majd *Baumann* és *mtsai* 1967-ben egy újabb esetről, *Hiedreth* 1976-ban a harmadik esetről számolt be (17, 4, 13). Jelen közleményünkben egy femoralis localisatiójú elváltozást ismertetünk, amelyet sikerrel operáltunk.

Esetismertetés

53 éves postás bal alsó végtagján jelentkező dysbasia miatt került klinikánkra. Járóképessége mintegy 30 m-re csökkent. 4 éve ischiálgia miatt kezelték. Panaszai 3 hónapja hirtelen súlyosbodtak. Fizikális vizsgálattal kóros eltérést nem észleltünk, de a bal a. femoralis lüktetése nem volt észlelhető, a Poupert-szalag felett azonban már pulsus volt tapintható. A láb sápadt, hűvös volt, periph. pulsusai nem voltak tapinthatók. A jobb alsó végtag arteria keringését rendszerben találtuk.

Laboratóriumi leleteiből: mérsékelt lymphocytosis emelendő ki, egyéb értékei a norm. határokon belül voltak. EKG, mellkas rtg normális viszonyokat mutattak. A lumbalis aortographia kanyargós lefutású, ép kontúrú medencei arteriákat, a bal a. femoralis communis 2 cm-es telődési hiányát és ép femoropoplitealis verőereket ábrázolt. Műtéti feltárás során az art. femoralis communissal szoros contactusban levő, feszülő tömlőt észleltünk, amelyet a mérsékelt heges adventitiából in toto eltávolítottunk, kötőszövetes



Ábra: Az eltávolított, mucinosus bennékkel töltött cysta

falát resecaltuk, szövettani vizsgálatra küldtük (ábra). A multilocularis cysta kifejtése után az a. femoralis communis és ágai lüktetni kezdtek, a leszorított területben surranás nem volt tapintható, szűkület nem volt észlelhető. A cystát vízüvegyszerű, mucinosus, színtelen váladék töltötte ki. A sebet több rétegben zártuk. A műtét után valamennyi peripheriás pulsus jól tapinthatóvá vált.

Megbeszélés

A CAD aetiologiája nem minden részletében tisztázott. *Hierton* és *mtsaitól* származik az a hypothesis, amely szerint az erős hajlításhoz kitett arteriasegmentumok falában degeneratív elváltozások jönnek létre, a microtraumák hatására keletkező cysták később konfluálnak (14). Bizonyítékul az anatómiai localisatiót és a betegek nehéz fizikai foglalkozását említik. A mechanikus igénybevétel önmagában nem magyarázhatja a kórképet, hisz akkor lényegesen gyakrabban kerülne észlelésre. Kétoldali eset az eddigi közlemények szerint nem fordult elő. Mások legfontosabb pathogenetikai factorként az érfal táplálkozási zavarát említik (17). Létrejöttében szerepet tulajdonítanak az érfal rétegeiben nyíró erő hatására létrejövő bevézésnek. Utóbbinak ellene szól, hogy a cysták falában egyetlen esetben sem mutattak ki haemosiderint. 1962-ben került előtérbe a cysták synovialis eredetének lehetősége. *Chevrier*, *Vollmar*, *McEvedy* az adventitiában synovialis zárványokat feltételeznek (8, 26). Ezt látszik alátámasztani, hogy az esetek zömében az elváltozás nagyízületek közelében helyezkedik el. Két esetben a cysták a synovialis ürrel közlekedtek (24). Egyesek a ganglion-képződéssel rokon folyamatnak tartják (6, 7). Nem kizárólag arteriákon fordul elő, *Gomez-Ferrer* és *Mentha* vena femoralis falának cysticus degenerációjáról tudósítanak (11, 19).

A CAD jellemzően „egészséges” emberek claudicatio intermittensét okozza (10). Túlnyomóan férfiakban fordul elő, a férfi-nő megoszlást *Sperling*, *Schott* és *Rüppel* 5 : 1, *Powis*, *Morrissey* és *Jones*, valamint *Parkes* 8 : 1 arányban adják meg (25, 22, 20). Az első női esetet *Patel* és *Cormier* közölték 1963-ban (21). A betegek átlagos életkora 36 év

körül van. A legfiatalabb eseteket, egy 11 éves fiút *Harris és Japson*, egy 11 éves lányt *DeLaurentis és mtsai* ismertették. Mindkét esetben az arteria poplitea compressióját észlelték (12, 9). A legidősebb beteg 65 éves férfi volt (17).

A klinikai képre a dysbasia hirtelen kialakulása vagy romlása jellemző. Az érintett végtag peripheriás pulzusai időnként tapinthatók lehetnek, eltűnésüket a beteg járatásával vagy — poplitealis elhelyezkedés esetén — a térd erős hajlításával érhetjük el. Utóbbi tünetet *Ishikawa, Mishima* és *Kobayashi* írták le (16). Az elváltozás ritkán tapintható. Egyetlen esetben sem észlelték nyugalmi fájdalom vagy gangraena kialakulását (15).

Az angiogramm jellemző képet mutat. Ép kon-túrú arteriális rajzolat mellett segmentalis, pár centiméter kiterjedésű occlusio, esetleg homokóraszerű szűkület jelentkezik, poststenoticus tágulat nélkül (12). Dislocatio is jelentkezhethet, mely oldalirányú képen ismerhető fel jobban (12). Teljes occlusio az esetek egyharmadában alakult ki (18).

A cysták az érfallal szoros szöveti kapcsolatban állnak, falukat rostos kötőszövet alkotja. Környezetükben gyakori a hegesedő gyulladás, néha acut lob észlelhető (3, 5). A cysták egy- és többrekeszűek lehetnek (22, 26). Tartalmuk mucinosus, fehér vagy sárgásfehér színű. Biochemiai analízisük szerint anyagukat túlnyomóan hyaluronsav és kevés szabad aminosav okozhatják. *Hierton* és *Lindbergh* szénhidrátot, kalciumot és cholesterint nem találtak benne (14). Mások nagyrészt nátrium-hyaluronátot, kevés proteint, a szabad aminosavak közül asparaginsavat, serint és glycint, nyomokban kalciumot és cholesterint is kimutattak (14). Hyroxyprolint nem találtak, ezért a mucus collagen eredete kizárható (25).

A cysták bennéke nyomás alatt áll, az érrel közös rostos burookban elhelyezkedő képlet ezáltal a lumenre gyakorol egyre fokozódó compressiót. Kevésbé feszülő elváltozás mellett a systolés nyomás a lument megnyithatja. A media és az intima általában ép. Az érintett érszakaszon feltáráskor orsószzerű megvastagodás látható, amely nem pulsal expansive, mint az aneurysmák (10).

Klinikailag differenciálni kell egyéb segmentalis occlusiót okozó betegségektől mint arteriosclerosis obliteranstól, endarteritistől, emboliától, popliteal entrapment szindrómától és egyéb ér-anomáliáktól (10). Intraoperative thrombotisált aneurysmával téveszthető össze. Kezelése műtéti. A preparatiót elváltozás környezetében kialakult hegesedés nehezé teheti.

Az eddig alkalmazott műtéti megoldások a következők:

1. A cysta kiürítése és falának resectiója vagy in toto eltávolítása.

2. Az érintett segmentum resectiója és reconstructiója, dacron vagy vena grafftal.
3. Az érintett segmentum arteriotomiája és szem ellenőrzése mellett a cysta falának kiterjedt resectiója. Az arteriotomiát direct varrattal vagy vena-folttal zárjuk. A legjobb eredményeket az első megoldás adja, míg a lumen megnyitásával járó műtéteket az ismert érsebészeti szövödmények komplikálhatják. Resectio csak körkörös elváltozás esetén ajánlható. Recidiva elvétele fordult elő, *Hiedreth* 3 esetet gyűjtött össze, okát az elégtelen exstirpációban látja. Mindhárom esetet sikerrel újra operálták. A cysta kiirtása után aneurysma-képződést nem észleltek (13). A választandó műtéti megoldást a radiológiai kép előre sugallhatja: excentrikus stenosis esetén a cysta lefejtése, concentricus stenosis — körkörös elváltozás — esetén az érszakasz resectiója válhat szükségessé (26).

Észlelésünk alapján a kórkép ismertetését szükségesnek véljük. Egy elzáródott érszakasz feltárásakor mutakozó szokatlan műtéti lelet esetén a cysticus adventitia degeneratio ismerete a situatio helyes megítélését és megoldását segítheti elő.

Összefoglalás. A szerzők cysticus adventitia degeneratio sikerrel operált esetét ismertetik. Az eset kapcsán összefoglalják a kórkép irodalmát és klinikumát.

IRODALOM: 1. *Adler, W. és mtsai:* Fortschr. Geb. Röntgenstr. Nuklearmed. 1976, 126, 331. — 2. *Atkins, H. J. B., Key, A. J.:* Brit. J. Surg. 1947, 34, 426. — 3. *Bartos R. J. H., Kalus, M., Pössner, J.:* Langenbeck's Arch. Klin. Chir. 1966, 341, 177. — 4. *Baummann, G. és mtsai:* Chirurg. 1967, 38, 520. — 5. *Blum, L. és mtsai:* Mt. Sinai J. Med. N. Y. 1976, 43, 471. — 6. *Bäckstrom, C. G., Linnel, F., Östberg, G.:* Acta Chir. Scand. 1954, 108, 214. — 7. *idem:* Acta Chir. Scand. 1965, 129, 447. — 8. *Chevrier, J.-L.:* Mém. Acad. Chir. 1962, 86, 824. — 9. *DeLaurentis, D. A. és mtsai:* Surgery. 1973, 74, 456. — 10. *Ehringer, H. és mtsai:* Dtsch. Med. Wschr. 1969, 94, 2107. — 11. *Gomez-Ferrer, F.:* J. Cardiovasc. Surg. (Torino) 1966, 7, 162. — 12. *Harris, J. D., Japson, R. R.:* Aust. N. Z. J. of Surg. 1965, 34, 263. — 13. *Hiedreth, D. H.:* Am. J. Surg. 1975, 130, 92. — 14. *Hierton, T., Lindberg, K.:* Acta Chir. Scand. 1957, 113, 72. — 15. *Hoffmann, K. T. és mtsai:* Klin. Chir. 1969, 217, 284. — 16. *Ishikawa, K., Mishima, Y., Kobayashi, S.:* Angiology. 1961, 12, 357. — 17. *Jaquet, G. H., Meyer-Burgdorff, G.:* Chirurg. 1960, 31, 481. — 18. *Lewis, G. J. T. és mtsai:* Brit. Med. J. 1967, 3, 411. — 19. *Mentha, Ch.:* Presse Med. 1963, 71, 2205. — 20. *Parkes, A.:* J. of Bone and Joint Surg. 1961, 43B, 784. — 21. *Patel, J., Cormier, J.-M.:* Presse Med. 1963, 71, 244. — 22. *Powis, S. J. A., Morrissey, D. M., Jones, E. L.:* Surgery. 1970, 67, 891. — 23. *Shabbo, F. P.:* Proc. R. Soc. Med. 1976, 69, 362. — 24. *Shute, K., Rothnie, N. G.:* Brit. J. Surg. 1973, 60, 397. — 25. *Sperling, M., Schott, H., Rüppel, V.:* Chirurg. 1972, 43, 37. — 26. *Vollmar, J.:* Kreislaufforschung. 1963, 52, 1028.

 **ovidon**®

tabletta



ovidon[®]

tabletta

ÖSSZETÉTEL

1 tabletta 0,25 mg d-norgestrelt és 0,05 mg aethinyloestradiolumot tartalmaz.

HATÁS

Az OVIDON két komponensű, orálisan alkalmazható anticoncipiens, amely az ovuláció gátlásával hat. Optimálisan alacsony hatóanyag-tartalma miatt ritkán okoz mellékhatást, a szervezetet nem károsítja, a későbbi — már kívánt — terhességet nem befolyásolja.

ALKALMAZÁS ÉS ADAGOLÁS

Az OVIDON tabletta szedését a menstruatio első napjától számított 5. napon kell elkezdni, és 21 napon át napi 1 tablettát kell azonos nap-szakban, lehetőleg este bevenni. Ezt követően 7 nap szünetet kell tartani, ami alatt menstruatio-szerű megvonásos vérzés jelentkezik. Függetlenül ennek bekövetkeztétől és tartamától az 1 hetes szünetet követő napon az újabb 21 napos kúra megkezdhető. A fenti adagolási mód mindaddig folytatható, amíg a terhesség megelőzése kívánatos. Rendszeres szedés esetén a fogamzásgátló hatás az 1 hetes tablettaszedési szünetre is kiterjed.

ELLENJAVALLATOK

Hepatitis utáni állapotok, súlyos idiopathiás terhességi icterus és súlyos terhességi pruritus az anamnesisben, Dubin-Johnson- és Rotor-syndroma, májműködési zavarok, cholecystitis, thrombosis-készség, súlyos organikus szívbetege, chronikus colitis, az endocrin mirigyek betegségei, malignus tumorok, első-sorban emlő-carcinoma, továbbá lacticatio és intolerantia.

MELLÉKHATÁSOK

A kúra kezdetén esetleg jelentkező gastrointestinalis tünetek, mellfeszülés, testsúlynövekedés a folyamatos kezelés során rendszerint csökkennek vagy megszűnnek.

Varicositasban, epilepsiában, hypertoniában, depressióval járó psychiatriai kórképekben, diabetes mellitusban a készítmény alkalmazása körültekintést igényel.

MEGJEGYZÉS ✕

Rendelhetőségét a 23/1973. és módosítása, a 13 1974. eü. miniszteri utasítás szabályozzák.

„Csak vényre kiadható, és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.”

CSOMAGOLÁS

21 tabletta. Térítési díj: 2,20, Ft

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST



Komparatív ikonográfia

Az elmúlt egy-két évtized során a röntgendiagnosztikai képalkotó módszerek köre jó néhány új eljárással bővült [ernyőkép felvétel, seriográfia, röntgenkinematográfia, xeroradiográfia, célzott felvételi kamera (spot) felvétel, mammográfia stb.] s ezeken túl egy elvileg is új képalkotó röntgen módszerrel, a *komputeres tomográfiával*. Eközben a képalkotó-képelemző diagnosztika, amely a megelőző 60 évben kizárólag a röntgenológiára korlátozódott, gyors ütemben szélesedett. A rektilineáris izotóp *scintigráfia*, majd a scintillációs kamera, a *telethermographia*, majd a lemez-thermographia, s végül a kétdimenziós, szürkelépcsős (gray-scale) *ultrahang diagnosztika* a legjelentősebb módszerek, amelyekkel a képelemzésen alapuló diagnosztika eddig gazdagodott. De bizonyos fenntartásokkal az *endoscopos* fényképezés útján keletkező diagnosztikai értékű képek készítése is ide sorolható. Ennek a fejlődésnek a következményeit még nem tártta fel, tapasztalatait nem dolgozta fel kellő alaposan a klinikai orvostudomány. Az új módszerek betérése és az egyes eljárásfajtákon belül is zajló viharos *technikai* fejlődés, az újabb eljárások és alkalmazásaik, olyan információáradatot zúdítanak a klinikai orvosokra, amelyben nem könnyű a tájékozódás és legalább két irányban lehet hibát elkövetni:

- az új eljárások *kritikátlan túlbecsülése* s az ebből táplálkozó polipragmázia az egyik;
- az ettől való félelem vagy éppen a túlzott várakozást követő csalódottság nyomán az új technika *lebecsülése* a másik.

Mindkét veszély leküzdésének egyetlen hatásos eszköze a rendszeres, szervezett team munkában folyó, tudományos objektivitással végrehajtott, *kritikus hatáselemzés*, amelynek tudatos célkitűzése az új és újabb eljárások *értékének meghatározása és helyének kijelölése a klinikai munkában*. A dolog természetéből, a már említett viharos fejlődés tényéből folyik, hogy az értékelő tevékenységnek folyamatosan kell zajlani és megállapításait *újra meg újra felül kell vizsgálni*.

Az elmondottak természetesen nemcsak a képalkotó és -elemző újabb diagnosztikus eljárásokra, hanem sokkal szélesebben, az egész mai medicina haladására jellemző problémát jeleznek. De különösen élesen, tiszta formában és jól megfoghatóan jelentkeznek a képalkotó diagnosztikai módszerek körében.

Néhány évvel ezelőtt, amikor az ORSI-ban intenzívebben kezdtünk foglalkozni a kérdéssel és célul tűztük ki a képalkotó diagnosztikai módszerek összehasonlító hatáselemzését, igyekeztünk valamilyen egyszerű és a tartalmat is jól fedő elnevezést találni a témának. Az angolszász irodalomban akkor már helytel-közzel szerepelt az „imaging” fogalma, amelyet egyszerűen, de magyar nyelvérzékünk szerint nem kielégítően, „leképező”-nek fordítottunk. Később a magyarosabb, de nehezekebb „képalkotó”-„képelemző” elnevezéssel próbálkoztunk. A kérdés még nem lezárta, de jelenleg nemzetközileg is elfogadható, internacionális terminusnak tartjuk, a még talán szokatlanul hangzó, összefoglaló elnevezést: *ikonográfia*. A feladat, amellyről szoltunk, a *komparatív ikonográfia*, vagyis annak megállapítása, hogy az egyes *képalkotó-képelemző, zömében qualitativ, diagnosztikai eljárások klinikai alkalmazásának*

hol a helye?

mikor mi az értéke a klinikai diagnosztikában?

mikor pótolják s mikor egészítik ki egymást?

Minden félremagyarázás elkerülése végett közöljük; tudatában vagyunk annak, hogy mind abban, amit a fentiekben összefoglaltunk, semmiféle új felismerés nem foglaltatik, hogy ez az értékelő, elemző munka nemzetközi méretekben szakadatlanul folyamatban van, amit az irodalom közlemény-áradata is igazol. Még az ikonográfia elnevezés sem a mi leleményünk. Tavaly hallottuk az NDK Radiológus Társaságának kongresszusán egy folyosói beszélgetésben valakitől, aki szintén mástól hallotta. Mindemellett egy olyan igen jelentős és folyamatos feladatról van szó, amelyet helyettünk senki sem végezhet el. Az irodalomban felhalmozódott tapasztalatok ismerete és kritikus feldolgozása természetesen nélkülözhetetlen, de ez nem pótolja, hogy a felmerülő kérdésekre *saját tapasztalataink alapján, saját viszonyainkra szabott választ adjunk*. Itt a klinikai problémák mellett igen súlyos *anyag- és szervezési kérdések* is felmerülnek. Ezek az eljárások igen drága berendezéseket követelnek és az üzemeltetési költségek is tetemesek. A mi viszonyaink között tehát nagyon is megfontolandó a telepítésük és az üzemeltetésük.

A hagyományos röntgendiagnosztika vonatkozásában, amely gyakorlatilag mindenütt rendelkezésre áll a magyar egészségügyben, még egy különleges feladata van a komparatív ikonográfiának: *bővíteni az egyszerű, hagyományos röntgenfelvételt klinikailag értékelhető információtartalmát*. Gondoljunk csak arra, hogy mennyire gazdagította az értékelhető röntgenjelek körét az egyszerű mellkasfelvételen az angiokardiográfia és az angiopulmonográfia. Értelmet, tartalmat nyertek olyan képelemek, amelyekkel az angiográfiás aera előtt nem tudtunk mit kezdeni, vagy figyelemre sem méltatuk, mintegy „zajként” kezeltük őket. Arra is van példa, hogy az új vizsgáló eljárással szerzett tapasztalatok fényében eladdig túlértékelt röntgentűnetek a helyükre kerültek. A gastroscopos vizsgálatok és biopsziák bebizonyították, hogy a gyomor röntgenvizsgálata során gyakran látott vaskos, durva redőzet és a gastritis között nincs reális össz-

szefüggés. A komparatív ikonográfia következetes, tudatos és tervszerű elemzéseitől a legáltalánosabb, legtömegesebben űzött röntgenográfia megújódását is joggal várjuk.

A legfejlettebb országokkal szemben késésben vagyunk, ami elsősorban műszerezettségünk elmaradottságából fakad. De ebből a hátrányból bizonyos előnyt is kovácsolhatunk. Nálunk az ikonográfia még in statu nascendi átgondoltabban, szervezettebben, célszerűbben és szakmailag, gazdaságilag is ökonomikusabban fejleszthető. Nagyon fontos, hogy a nálunk nem ritka szubjektívizmust és spontaneitást leküzdjük. Mi most még abban a helyzetben vagyunk, hogy az ikonográfia fejlesztési ütemét és rendjét koncepcióként irányíthatjuk, kézben tarthatjuk és komparatív jellegét szervezetileg is biztosíthatjuk.

Hogyan?

Az ikonográfias metodikák alkalmazását nem szabad szétforgácsolni. A mi viszonyaink között sürgősen meg kell határozni, hogy a progresszív ellátás milyen szintjein és milyen szervezeti formában van helye az egyes ikonográfias eljárásoknak. A fejlesztési programot 1980–90 közötti évtizedre kell kidolgozni. A legdrágább és a legösszetettebb szakismeretet igénylő ikonográfias módszerek közül a legtöbb csak a megyei kórház-rendelőintézetben szükséges. A regionális központokban valamennyinek jelen kell lenni.

A szervezeti formát illetően kizárólag a központi diagnosztikus ellátó szolgálat jellegével biztosítható az ikonográfia legszakosított, legszélesebb körű és leggazdaságosabb alkalmazása a betegellátásban. Bármelyik klinikai ápolási egységhez csatoltan veszélybe kerül az eljárások elérhetősége, univerzális szolgáltató feladata, sokprofilú szakszerű alkalmazása és kihasználása. Az egyik alapcélkitűzésnek tekintett, összehasonlító értékelés lehetőségét is csak központosított szervezéssel biztosíthatjuk. A komparatív ikonográfiát a központi röntgenosztály köré kell telepíteni és szervezetileg is a röntgendiagnosztikai ellátáshoz hasonlóan építendő fel. Ez nem jelenti azt, hogy mindezeket a módszereket röntgenológusok alkal-

mazzák vagy azt, hogy ezeket a laboratóriumokat egyszerűen a röntgenosztályba kellene integrálni, de a szoros, szervezetileg is meghatározott együttműködésre feltétlenül szükség van. A röntgendiagnosztikai, az izotópdiaosztikai osztálynak és az ultrahangdiagnosztikai laboratóriumnak a szervezett osztálynál lazábban, de a véletlenszerű konziliárius kapcsolatnál lényegesen szorosabban és kötelezőbben kell együttműködniük egy ikonográfias munkaközösség keretében.

Anélkül, hogy ezt kötelező modellnek tekintenénk, az OTKI-ban az alábbi szervezési formát alakítottuk ki:

A Röntgenológiai Intézet (röntgen tanszék) keretében, ahol a röntgendiagnosztikai feladatokat gastroenterológiai, kardiopulmonológiai, urogenitális és általános belgyógyászati röntgenológus-csoportok látják el, külön munkaközösséget szerveztünk a komparatív ikonográfia céljára. Ehhez tartozik a röntgenológiából a komputeres tomográfia, az izotóplaboratóriumból a rektilineáris és kamera scintigráfia és az ultrahang laboratórium. Az emlővizsgálat komplex lehetőségeit külön altémaként kezeli a komparatív ikonográfias munkacsoport (termográfia, ultrahang és xeromammográfia). Az izotóp- és ultrahang laboratóriumban vezető szerepet játszanak belgyógyász szakképesítésű kollégák is. (Itt kívánjuk megjegyezni, hogy az echocardiográfia a kardiológia „háztáji” vizsgáló módszere.) Az ultrahang diagnosztikai laboratóriumban meghatározott napi részóraszámban szülész szakorvos munkáját is igénybe vesszük.

Természetesen a történelmileg kialakult viszonyok, a helyi adottságok és káderfeltételek más megoldásokat is felvetnek. Nem is lenne célszerű ennek részleteire központi receptet adni. Az alapvető irányelvekből azonban nem engedhetünk: a röntgendiagnosztika, az izotópdiaosztika és az általános ultrahang diagnosztika csakis központi, sokprofilú diagnosztikai ellátó szolgálatként szervezhető, de úgy, hogy ezek között a diszciplínák között a komparatív ikonográfia klinikai, tudományos princípiumának jegyében szoros, szervezett együttműködésnek kell lenni.

Cs. Gy. dr.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

Posta Központi Hírlapiroda, Budapest V., József nádor tér. Tel. 180-850



Ideg- és elmegyógyászat

Schizophrenia és gépjárművezetési alkalmasság. Sacher, P. (Gerichtlich-Medizinisches Institut der Universität Zürich): Schweiz. Med. Wschr. 1978, 108, 373—379.

100 schizophrén és 130 egészséges gépjárművezetői engedéllyel rendelkező egyén hat éves baleseti és szabálysértési statisztikájának összevetésekor azt találták, hogy a betegek részesedése kétszer gyakrabban az elkövetők között. A vallásos, öntudatú és üldöztetési téveszmés betegek különösen veszélyesek, míg az elővigyázatos, szociálisan jól illeszkedő betegek kevesebb balesetet okoztak, mint az egészségesek. A balesetek 20%-a a betegséggel közvetlen kapcsolatban volt. A mintában szereplő betegek nagyobbik része egy vagy két betegség szakaszát vésztelt át korábban, betegségek inkább fázikus lefolyású. Az alkalmasságot egyénileg bírálják el, a tünetmentes, jó intellektusú, esetleg csekély maradványtünetekkel rendelkező beteget egy év után, évenkénti felülvizsgálatra kötelezve visszaengedik a közlekedésbe. A tartós betegség, a gyakori ismétlődések, a tévelyes, téveszmés gondolkodás, az érzelmi sivárság, autizmus, indulatosság, alacsony intellektus kedvezőtlenül befolyásolja a vezetésben való beválást. Mind a heveny állapot, mind a tartós gyógyszerelést igénylő krónikus forma alkalmatlanságot jelent. A heveny betegség szakasz után gyakrabban következik be baleset vagy kihágás, ezért az egy éves várakozást indokoltnak tartja a szerző, esetenként három éves karantént is alkalmazott.

Az alkalmasság megítéléséhez nemcsak a kórismet (ez önmagában még nem jelent alkalmatlanságot), hanem a beteg személyiségét, a kóreléktani tüneteket és a betegség lefolyását veszi figyelembe, úgy, hogy a beteg és a közlekedők közösségének érdeke kölcsönösen mérlegelésre kerüljön.

Ozsváth Károly dr.

Biokémia és elmebetegség. Kety, S. S. (Harvard Medical School, USA): Dialogue 1978, 11, 32—41.

Az elmebetegség a világ egyik legsúlyosabb egészségügyi problémája. Egyes betegségeket, mint pl. a pellagrás psychosist — ismerve az okokat, ma már sikeresen előzhetünk meg. A schizophrenia, a depresszió és a mániás depresszió keletkezésének okait, a folyamat fejlődését ma nem ismerjük, így

gyógyszerelésük sem kielégítő. Az utóbbi tíz évben azonban olyan vizsgálati eredmények láttak napvilágot, amelyek szerint ezen betegségeknek biokémiai okai is vannak. A neurokémia alapjait, mintegy száz évvel ezelőtt J. W. L. Thudicum angol orvos-biokémikus rakta le, aki az idegrendszer struktúráját és kémiai összetételét vizsgálta. Az elmúlt 25 évben gyors fejlődés mutatkozott a synaptikus rés, a neurotransmitter anyagok, valamint a hangulati hatásokat előidéző gyógyszerek (pl. reserpin) felfedezésével.

A kutatások során számos alapvető tény látott napvilágot: a reserpin eltűnteti a serotonint és noradrenalin az agyból — miközben depressziót okoz. Ellentétesen viselkedik az iproniazid (MAO bénító), a biogén aminok koncentrációja mellett a depresszióval ellentétes állapotot hoz létre. Más mechanizmus alapján hatnak a triciklikus antidepresszívumok (pl. Imipramin). A mania kezelésére, valamint a mániás depresszió megelőzésére jó hatásúnak találták a lithiumot — hatásmechanizmusa azonban még nem ismert.

Az elmúlt 20 évben kezdődött a schizophrenia kutatása is. Rájöttek, hogy bizonyos gyógyszerek (mescaline, LSD stb.) hallucinációt és egyéb szizofreniára jellemző tüneteket okoznak. H. M. Laborit megfigyelte, hogy a műteti előkészítésre alkalmazott chlorpromazin igen erős euforikus megnyugvást okoz, nem úgy, mint a barbiturátok. Ezután kezdték ezt a szert szizofren betegek megnyugtására alkalmazni. Volt azonban egy kellemetlen, Parkinson-kórhoz hasonló mellékhatása. A chlorpromazin és a belőle kifejlesztett tranquillansok mind rendelkeztek ezzel a mellékhatással.

1960-ban rájöttek, hogy Parkinson-kór eseteiben a dopamint tartalmazó idegsejtek sérültek. L-dopa adagolásával a betegek jelentős gyógyulást érték el. Ez alapján Carlsson feltételezte, hogy az anti-psychotonicumok az agyi dopamin hatásának a blokkolásával hatnak, s ezzel magyarázható mellékhatásuk is.

A synapsisok dopamin szintjét ellenkezően befolyásoló amphetamin hatására szizofreniától alig megkülönböztethető psychózis lép fel. Mindez nem jelenti azt, hogy a schizophrenia kizárólagos biokémiai alapja dopamin-synapsisok abnormalisan magas aktivitása, azonban további vizsgálatok feltételezően a betegség megismeréséhez vezethetnek.

Egyes családokon belül gyakrabban az elmebetegségek előfordulá-

sa. Vizsgálatukkor fontos a származási és környezeti tényezők különválasztása. Az egypetéjű ikreken igen magas (50%) arányban öröklődnek az elmebetegségek, míg nem egypetéjűeken az öröklődés esélye olyan, mint a testvéreken. A kutatások egyértelműen azt bizonyítják, hogy a schizofrenia fellelhető az utódokban; a mániás depressziós körkép bizonyos eseteiben is bizonyított az öröklődő jelleg.

Albel Anikó dr.

Liquor endorfinok: klinikai kapcsolatuk psychotikus állapotokkal. Lindström, L. H. és mtsai (University of Uppsala, Sweden): Acta Psychiatrica Scandinavica, 1978, 57, 153—164.

A morphin-szerű endogen opiátoknak többé-kevésbé ismert központi idegrendszeri hatásuk van. Az endorfin homeostasisban létrejövő változások jelentős magatartásváltozásokat okoznak. Néhány psychotikus állapotban nagyon magas liquor értékeket észleltek a kezdeti tájékozódó vizsgálatok során.

A szerzők többfajta psychosisban vizsgálták a liquor endorfinokat és egészséges kontroll csoport adataival hasonlították össze. 19 egészséges önkéntes (10 férfi és 9 nő) végeztek liquor endorfin meghatározást 2 alkalommal, 2—4 hetes intervallummal. A psychotikus betegeken (9 schizofren, 4 psychosis maniacodepressiva, és 4 lactatiós psychosis) kezelést követően, majd kezelés után is, egyeseken többször is, végeztek méréseket.

Oszlopkromatografiával két liquor endorfin frakció választható szét. Az endorfin meghatározást radioreceptor assayval végezték.

A kontroll csoport tagjaiban az endorfin frakciók koncentrációja szűk határok között váltakozott. Nem volt szignifikáns különbség a két időpontban történő meghatározás eredménye között. Korral való összefüggést nem találtak, de úgy tűnt, hogy a II. frakció sexfüggő, férfiakban észleltek magasabb értékeket. A psychotikusoknál széles határok között változó endorfin értékeket mértek. 6 schizofren emelkedett szintje normalizálódott 2—4 hetes gyógyszeres kezelés után. Ezek közül 4 esetben a klinikai állapot is javult. A schizofren tünetek súlyossága és a két frakció együttes értéke között nem mutatkozott szignifikáns összefüggés. A psychosis maniacodepressivás betegek endorfin szintje magasabb volt a normálisnál, főleg az I. frakció. A különböző időpontokban végzett vizsgálatok eredményei olyan tendenciát mutatnak, hogy mániás állapotban magasabb az I. frakció, mint normálisan, vagy depresszív állapotban. A 4 lactatiós psychosis közül 2 esetben észleltek emelkedett

I. frakciót a psychotikus fázisban, ami a gyógyulással jelentősen csökkent.

A lumbalis liquorban mért endorfinok eredete nem tisztázott. A két frakció kémiai azonosítása sem történt még meg. Az eredmények mindezek ellenére arra utalnak, hogy az endorfinoknak közvetett vagy közvetlen szerepük lehet a psychosok pathogenesisében.

Arató Mihály dr.

β -endorphin a human liquorban. Jeffcoate, W. J. és mtsai (Department of Endocrinology and Chemical Pathology, St. Bartholomew's Hospital, London, EC1A 7BE): Lancet, 1978, II, 119—121.

A β -endorphin (BE) a β -lipotropinnal (BLPH) szerkezetileg rokon peptid, „endogén opiát”, amely a hypophysis elülső lebenyében termelődik. Az opiát receptorokhoz kötődik és erős morphinszerű hatása van.

A szerzők egy érzékeny radioimmunassay-t dolgoztak ki a liquor BE szint mérésére. Mivel az antiserum a BLPH-nal is reagál, egy második antitesttel, ami csak a BLPH-nal ad reakciót, lehet szétválasztani a BE-t és a BLPH-t.

20 beteg végteke liquor BE és BLPH tartalom meghatározást, 6 esetben a plasma koncentrációkat is mérték. A liquor szintek minden esetben magasabbak voltak, mint a plasma szintek, de nem mutatkozott összefüggés egyébként a liquor- és plasmaszint között. 2 esetben, mikor a plasmaszint mérhetetlenül alacsony volt, a liquorszint nem különbözött a többi betegétől. A liquor BE koncentrációja meghaladta a BLPH-ét. Az eredmények azt valószínűsítik, hogy nem a plasmából kerül a liquorba a BE és BLPH, hanem közvetlenül oda szekretálódik a neuronokból.

Arató Mihály dr.

Klinikai megfigyelések béta-endorphin injekcióval. Kline, N., Lehmann, H. (McGill University, Montreal, Quebec, Canada): NC-DEU Intercom. 1978, 7, 13—16.

A neurobiológiai kutatások kiemelkedő témájává váltak az elmúlt években az endorfinok és az encephalinok, amelyek a lipotropin hypophyseális hormonnak a fragmentjai. Az endorfinok megtalálhatók az agy különböző régióiban, és erős affinitást mutatnak az opiát receptorokhoz. Az opiátokhoz hasonlóan erős analgetikus hatásúak. Állatkísérletben intracerebrálisan adva hyperaktivitást okoznak. Feltételezések születtek, hogy az endorfinok psychotrop hatásúak, vagy szerepet játszanak a különböző psychopatológiai állapotokban.

A szerzők néhány esetben, nem kontrollált körülmények között,

hatásosnak találták a béta-endorphin injekciót schizophreniában és depressióban. Véleményük szerint 1—10 mg dózisban iv. adva a béta-endorphin többféle psychotrop hatást fejt ki.

Az első fázisban aktiváló hatás jelenik meg, néhány percen belül, és ez 2—3 órán keresztül észlelhető. A második fázis gátlási tünetekkel, álmosággal, szubjektive kellemetlen, 2—4 óra hosszat tart. A harmadik a terápiás fázis, ami 12 óra múlva kezdődik és 1—10 napig tart. Ez alatt a depressió vagy a schizophren tünetek gyengülnek vagy megszűnnek. Semmiféle mellékhatást nem észleltek. A legérdekesebb természetesen az elhúzódozó terápiás hatás, amelynek létezését és természetét több, jól kontrollált vizsgálattal kellene tisztázni.

(Ref.: A pszichiátriai irodalomban is gyorsan jelentek meg közlemények az endorfinokról, lehetséges pszichiátriai vonatkozásairól. Sőt a napi sajtó is átvett szenzációszámba menő közléseket, pl. két californiai orvos közleményéből, akik beszámoltak róla, hogy dialízissel eltávolítva a schizophren betegek véréből a béta-endorphint, látványos gyógyulás következett be. Természetesen kelő szkepszissel kell fogadni ezeket a kezdeti, nem túl megalapozott közléseket.)

Arató Mihály dr.

A (des-tyr¹)- γ -endorphin schizophreniában. W. M. A. Verhoeven és mtsai (Department of Psychiatry, University of Utrecht, Netherlands): Lancet, 1978, I, 1045—1046.

De Wied és mtsai munkája alapján felmerül annak lehetősége, hogy schizophreniában szerepet játszhat a (des-tyr¹)- γ -endorphin hiánya. 6 krónikus schizophren beteg, akik konvencionális neuroleptikus kezelésre részen vagy teljesen rezisztensnek mutatkoztak, vizsgálták a DT¹E adásának hatását. Napi 1—2×0,5—1 mg dózisban adták a DT¹E-t az egy hete gyógyszermentes betegeknek.

Minden esetben a 2—4. napra jelentős javulás következett be. 3 esetben azonban ez csak átmeneti volt, majd produktív psychotikus tünetek alakultak ki néhány napon belül. A jól reagáló betegek is aktiválódás, hangulati emelkedettség mutatkoztak.

Az eredmények arra mutatnak, hogy a DT¹E neuroleptikus aktiválás, és alátámasztják azt a feltételezést, hogy az endorphin homeostasis eltérése szerepet játszik a schizopreniában. Mivel krónikus, terápiarezisztens betegek mutatkoztak kedvező DT¹E hatás, érdemesnek látszik kontrollált vizsgálatot végezni.

Arató Mihály dr.

A (des-tyr¹)- γ -endorphin neuroleptikus hatása patkányban. D. de Wied és mtsai (Rudolf Magnus Institute for Pharmacology, Utrecht, Netherlands): Lancet, 1978, I, 1046.

Jacquet és Marks a β -endorphint (β -LPH₆₁₋₉₁) katelepsiát okozó hatása miatt esetleges endogen neuroleptikumnak vélte. Segal vizsgálatai szerint azonban a β -endorphin hatásspektruma inkább a morphinéra emlékeztet, mint a haloperidoléra.

A szerzők előző vizsgálatai szerint a β -endorphin és egyes fragmentjainak magatartás hatásai a speciális opiát antagonistá naltrexonnal nem védhetők ki. Felmerült ezek alapján, hogy a β -endorphin attól függően, hogy hogyan fragmentálódik, vált ki más és más hatást a magatartásvizsgálatokban.

A különböző fragmentek hatását megvizsgálták patkányokon, aktív és passzív elkerülő magatartás tesztekben. Azt találták, hogy az γ -(β -LPH₆₁₋₇₆) ellentétes hatását, mint az γ -(β -LPH₆₁₋₇₇) endorphin. Ha a metenkephalin N-terminális tyrosinját lehasítják, csökken az opiát-szerű aktivitása. Ha a γ -endorphin tyrosinját lehasítják (des-tyr¹- γ -endorphin, β -LPH₆₂₋₇₇), az opiát aktivitása elvész, ugyanakkor a neuroleptikumokra jellemző sajátosságokat mutat. Felmerül ezek alapján, hogy a des-tyr¹- γ -endorphin — vagy egy hozzá hasonló neuropeptid — endogen neuroleptikum, specifikusabb hatással, mint a haloperidol. Talán csökkent szintézise vagy fokozott lebomlása etiológiai szerepet játszik azokban a psychopatológiai állapotokban, ahol a neuroleptikus szerek hatásosak.

Arató Mihály dr.

Szerotonin, thrombocyták és autizmus. Szerkesztőségi közlemény: Brit. med. J. 1978, I, 6128, 1651.

Az utóbbi időben intenzív kutatómunka folyik a szerotonin gyermekkori neuropszichiátriai zavarokban játszott szerepével kapcsolatban. A vér thrombocytái a szerotonint a neuronokhoz nagyon hasonló mechanizmussal veszik fel, kötik meg és adják le, ezért a centrális szerotonerg sejtek perifériás modelljeinek tekinthetők; persze sokkal jobban ki vannak téve nem-specifikus környezeti hatásoknak, így a belőlük felszabaduló szerotonin (5HT) nem feltétlenül hű tükre az intracerebrális transzmisszióknak. Mégis, a kutatások alátámasztani látszanak az „infantilis autizmus”-ként lazán kóris-mézett csoportban egy kiterjedt szerotonin-diszfunkció lehetőségét.

Schain és Freedman 1961-ben ebben a csoportban gyakran talált

abnormálisan magas vér-5HT koncentrációkat, mások pedig súlyos mentális retardációban írtak le ugyancsak kórosan emelkedett értékeket. Mindkét eredményt későbbi kontrollált vizsgálatok is megerősítették: az autisztikus gyermekek mintegy felében — a Down-betegség kivételével, ahol a vér-5HT értékek mindig alacsonyak — kórosan emelkedett szerotonin-szinteket mutattak ki. Az individuálisan mért vérszintek éveken át igen csekély változást mutattak; az alacsony értékek magyarázatára ez idő szerint még nincs elfogadott hipotézis, de nagy valószínűséggel kizárható nem-specifikus tényezők (gyógyszer, diéta, thrombocytaszám, MAO-aktivitás stb.) szerepe. Cohen 1977-ben autisztikus gyermekeken alacsonyabb, míg nem-autisztikus pszichotikus gyermekekben magasabb liquor-5HIAA (a szerotonin fő metabolitja, 5-hydroxyindolecetsav) értékeket talált, de ezek normál kontrollal szemben nem bizonyultak szignifikáns mértékűnek.

A szerotonin-felszabadulás mértékét Boullin 1971-ben fokozottnak találta autisztikus gyermekekben normál kontrollal szemben, de eredményeit későbbi vizsgálatok (Yuwiler 1975) nem erősítették meg. Az eltérések oka metodikai különbség, vagy eltérő diagnosztikus koncepció (ez igen gyakori dolog! — Ref.) lehet.

Az ismertetett vizsgálatok patológiai jelentősége ma még tisztázatlan; ellentmondásos, hogy az autizmussal járó mentális retardációk esetében emelkedett (pl. infantilis spasmusban) és csökkent (PKU) értékeket egyaránt leírtak. Másrészt Down-kórosban, ahol szinté soha nincs autizmus, a vér 5HT-szintje mindig alacsony. Ezért annak ellenére, hogy a gyermekkori autizmus nem tűnik egyetlen határozott generalizált metabolikus zavarra visszavezethetőnek, további vizsgálatok végzése indokolt.

[Ref.: A hazai irodalomban az „infantilis autizmus” fogalma nem általános, angolszász területen 3–14 éves gyermekeken észlelt, valószínűleg több egészen különböző okra visszavezethető állapotot neveznek így közös néven. Előfordulhat értelmi fogyatékoság, organikus neurológiai betegség, vagy ma még kevésbé ismert pathomechanizmusú folyamat (mint pl. a Heller-féle betegség, v. Kanner-szindróma stb.) eredőjeként; éppen ez a nosológiai heterogenitás az, ami feltehetően egyik oka az ellentmondó biokémiai eredményeknek. A thrombocytá-modell ma világszerte elfogadott vizsgálati objektum a központi idegrendszer szerotonerg neuronjai működésének kutatására, és feltehető, hogy ha pontosabban definiált körismékekkel, ill. tünetegyüttesekkel próbálják meg párhuzamba hozni a talált eltéréseket, az ellentmondás is kevesebb lesz.] Bánki M. Csaba dr.

Organikus pszichoszindrómák: új felfogás. Z. J. Lipowski (Dept. Psychiatry, Dartmouth Med. School, Hanover, NH 03755, USA): Comprehensive Psychiatry 1978, 19, 309–322.

Napjainkban az organikus pszichoszindrómák (OPS) képezik a pszichiátria legelhanyagoltabb területét, holott a pszichopathológiai tünetek kialakulásában sok hasznos információt jelentenek. E terület fontosságát igazolja, hogy 65 év felett ez a leggyakoribb pszichiátriai betegség, ugyanakkor a 65 év feletiek száma az elmúlt évtizedekben megkétszereződött; továbbá az alkoholizmus súlya (a pszichiátriai felvételek 52%-a!), a gyógyszerfüggőség, és a baleseti sérülésekből eredő késői károsodások aránya is gyorsan növekvő a pszichiátriai beteganyagban.

A jelenlegi szemlélet az OPS sine qua non-jának tartja az intellektus, a memória, az orientáció stb. zavarait, ami egyrészt egyáltalán nincs meg minden esetben, másrészt nemlétező homogenitás látszatát kelti; a pszichotikus — nem pszichotikus felosztásnak káros szociális és jogi illúziói vannak, a reverzibilis—irreverzibilis felosztás pedig vagy-vagy kérdés-e egyszerűíti azt, ami a valóságban kontinuos átmenetet képez; még károsabb, hogy az „akut—krónikus” felosztást ezzel egyértelműnek szokták tekinteni, ami veszélyes prognosztikai következtetésekhez vezet, holott, ennek a klinikai tapasztalat ellentmond.

A javasolt új felosztás alapja, hogy OPS áll fenn mindig, amikor az organikus agyi folyamat kimutatható; bár a modern felfogás szerint minden kóros tünet mögött agyi funkciózavar áll, mégis hasznos ma még a mai eszközeinkkel kimutatható organikus patológia viszonylagos különválasztása. Az OPS-re többnyire kognitív deficit jellemző az affektivitás és a motiváció zavarai, a teljesítmény csökkenésével főleg új vagy komplex feladatok megoldásában, csökkent kontroll-képességgel, ami szociális maladaptív magatartáshoz (szexuális excessus, lopás, az etikett semmibevétele stb.) vezethet. Az affektív tünetek sokáig elfedhetik a kognitív hiányosságokat! A diagnosztikus eljárás lényege, hogy minden rendelkezésre álló eszközzel kutassunk OPS után, de még akkor is megállapíthatjuk azt, ha mégsem sikerül organikus léziót kimutatnunk (pl. hallucinogének, limbikus folyamatok, LED, parkinsonizmus eseteiben); ekkor elegendő az a tény, hogy az alapbetegség megelőzte a pszichés tüneteket, és a kettő társulása a véletlen alapján várhatóan gyakoribb.

A tisztán deskriptív új felosztás a következő:

I. Globális kognitív zavarral járó szindrómák: ide tartozik a delírium, amelyet akutan fellépő, az agyi anyagcsere diffúz átmeneti za-

varán alapuló tünetek jellemeznek, melyek az információfeldolgozás egészét károsítják (sűrűl a figyelem, felfogás, emlékezés, a diszkrimináció — ez dezorientációhoz és hallucinációkhoz, illúziókhoz és téveszmékhez vezethet; mindig zavart az alvás-ébrenlét ritmusa, a tünetek éjjel súlyosabbak; a vigilancia, a motilitás rapid fluktuációkat mutat, az elvont-célirányos gondolkodás deficienssé válik). Leggyakoribb oka alkohol, gyógyszerek, traumák, krónikus belsérvi betegségek, időskori agyi keringési zavar. A dementia leggyakrabban atrófiához multiplex agyi infarktushoz, traumákhoz társul, és a problémamegoldó gondolkodás, tanulás stb. károsodása mellett a személyiség akcentuálódása, gátlatlanság, érzelmi labilitás jellemzi, mely eleinte elfedheti az intellektuális deficitet és paranoid, suicidális vagy egyéb maladaptív magatartáshoz vezethet. Nem szükség szerűen progresszív-irreverzibilis! Stagnáló, remittáló formái is vannak, lefolyása krónikus.

II. Szelektív kognitív deficittel járó szindrómák: az amnesztikus szindrómát a diencephalikus-temporális struktúrák károsodása okozza, amely alkoholizmushoz, epilepsziához, tumorhoz, CO-mérgezéshez, B₁-vitaminhiányhoz stb. csatlakozhat, és jellemzője az emlékezés körülírt károsodása — a kooperáció, a vigilancia, a felfogás és az önmagára való orientáció intact marad, míg érzelmi szegénység, indítékhiány és a belátás hiánya gyakori. A hallucinosis teljesen éber, tiszta tudattal — főleg a hallási szférában — szintén alkoholizmushoz, tumorhoz, epilepsziához társulhat, hajlamosít rá a látás vagy a hallás súlyos károsodása (otoszklerózis, katarakta stb.); a hallucinációk félelmet, depressziót kelthetnek, a beteg életét megzavarják, néha téveszmék is csatlakoznak.

III. Kognitív deficit nélküli szindrómák: tünetileg megkülönböztethetetlenek a funkcionális („endogén”) pszichózisoktól, de organikus alapbetegséggel együtt jelentkeznek és annak elmúlásával megszűnnek. Ilyen az „organikus affektív szindróma”, mely mániás, ill. depressziós típusú lehet (parkinsonizmus, Cushing-kór, rezerpin, methyldopa, vírusfertőzés okozhatja), az „organikus Wahn-szindróma” (schizophreniform, leggyakrabban hallucinogénektől, amphetamin-tól vagy limbikus folyamatok miatt), és az „organikus személyiségtorzulás”, melynek klasszikus példája a nálunk moria néven ismert frontális szindróma az affektív impulzusok feletti kontroll elvesztésével, indítékseggel, eupóriával vagy apathiával, csökkent ítélőképességgel. Ez az utolsó csoport lehetővé teszi, hogy a hagyományos beosztás szerint OPS-nek nem diagnosztizálható, de nyilvánvalóan „organikus” megal-

pozottságú (pl. gyógyszerokozta) betegségek is a helyükre kerüljenek.

(Ref.: a részletesebb ismertetés oka az, hogy az OPS területe nálunk is az egyik legzűrzavarosabb ága a pszichiátriának mind a terminológiát, mind a noszológiát illetően. A szerző javasolt beosztása természetesen vitatható, de a megközelítés módja — a megfigyelhető tényekhez ragaszkodás — példa-mutató.)

Bánki M. Csaba dr.

Az antipsychotikus hatás mechanizmusa az akut schizophrénia kezelésében. Eve C. Johnstone és mtsai (Northwick Park Hospital, Harrow, Middlesex, HA1 3UJ): Lancet, 1978, I, 848—851.

A neuroleptikumok elsősorban a schizophrénia Bleuleri alaptüneteire hatnak kedvezően. Pharmacológiai tulajdonságaik közül a dopamin receptor blokkoló hatás a legjobb előrejelzője az antipsychotikus hatásnak. A thioxanthin csoport tagjaira — így a flupenthixolra (fluanxol) — jellemző, hogy csak az α - vagy cisz izomernek van dopamin blokkoló hatása. A két izomer klinikai összehasonlító vizsgálata választ adhat arra a kérdésre, hogy milyen szerepe van a dopaminerg blokkáknak a terápiás hatásban.

45 schizophrén betegre terjedt ki a vizsgálat. Tüneti skála alapján „mag-schizophrénia” besorolásúak voltak, akut betegségkezdettel és gyakorlatilag gyógyszermentesen. A betegeket sorsolással három csoportba sorolták be: α -fluanxol, β -fluanxol és placebo. Kettős vak körülmények között 28 napig kapták a 6—9 mg α - és β -fluanxolt, illetve placebo. Szükség esetén (akut magatartászavar, súlyos feszültség) a betegek alkalmanként egy dózisban 100 mg chlorpromazint kaptak. Az „extra” dózisok számát mindhárom csoportban regisztrálták, és mint második függő változót értékelték. A kezelés kezdetén, majd hetente értékelték a pszichés statuszt pontozó skálával.

Mind a 45 beteg befejezte a 4 hetes vizsgálatot. 31 beteg nem szorult extra chlorpromazinra. Az α -fluanxol csoportban csak 1 beteg kapott chlorpromazint, a bétában 9, míg a placeboiban 4 (!).

A tüneti skála összpontszáma szerint mindhárom csoportban javulás mutatkozott az első két hétben, a pontértékek között sem az induláskor, sem 2 hét múlva nem volt szignifikáns különbség. A 3. héten azonban már az α -fluanxol csoport pontszáma szignifikánsan alacsonyabb volt mint a másik két csoporté. A 4. héten még kifejezettebbé vált a különbség. A 2. héttől a β -fluanxol és placebo csoportban további javulás, tünet redukció már nem mutatkozott. Az α -fluanxol kedvező hatása elsősorban a pozitív tünetek csökkentésében

nyilvánult meg (téves eszmék, hallucináció, kuszaság). Elhanyagolható a különböző kezelések hatása közötti különbség a negatív (érzelmi elsivárodás, muticizmus) és a nem specifikus tüneteket illetően (depressio, szorongás, retardáció). Az affectus tüneteket is mutató betegek csoportjában kisebb fokú volt a javulás. A residuális tüneteket mutató, ill. nem mutató betegek csoportjai között nem volt különbség a terápiás változásban. A szérumszint koncentráció meghatározások szerint a β -fluanxol ugyanolyan jól szívódott fel, mint az α -izomer.

A két izomer farmakológiai tulajdonságaiban a lényeges különbség a dopamin és szerotonin receptor blokkoló hatásukban van, mindkettőben az α -fluanxol a sokkal aktívabb. Feltehetően a szerotoninerg blokkoló hatásnak nincs köze a terápiás hatáshoz, tehát a tanulmány eredményei is azt a feltevést támasztják alá, hogy az antidopaminerg-hatás az alapja a neuroleptikumok terápiás aktivitásának. A dopamin blokkád kifejlődéséhez néhány hétre is szükség lehet. Az első két hétben a hatásos gyógyszert nem kapó betegek csoportjában is mutatkozó szignifikáns javulás a nem specifikus tényezők szerepére hívja fel a figyelmet.

Arató Mihály dr.

Az agyi 5-hydroxytryptamin funkcionális aktivitását szabályozó folyamatok: állatkísérletes eredmények és ezek fontossága a depressziók kezelésének megértésében. Green, A. R., Graham-Smith, D. G. (MRC Unit and University Department of Clinical Pharmacology, Radcliffe Infirmary, Oxford, England): Pharmakopsychiatrie, 1978, 11, 3—16.

A szerzők több éves munkájuk és számos előző közleményük eredményét foglalták össze munkájukban, mellyel a rangos „Anna-Monika-Alapítvány” egyik díját nyerték el 1977-ben. Állatkísérletekben vizsgálták az antidepresszív kezeléseket biokémiai és magatartáshatásait, amelyek az 5-hydroxytryptamin (5-HT, szerotonin) funkcionális változásával kapcsolatosak. Vizsgálták az 5-HT metabolizmusát, a praesynaptikus 5-HT felszabadulást befolyásoló mechanizmusokat és a postsynaptikus receptor érzékenységre ható tényezőket. A jelentős, rendkívül informatív dolgozat eredményeinek még vázlatos ismertetésére sincs lehetőség ilyen terjedelemben, ezért csak néhány klinikai vonatkozású, tanulságos és elgondolkodtató adatot szeretnénk ismertetni.

Az 5-HT precursor 1-tryptophan adása növeli ugyan kis fokban az agyi 5-HT tartalmát, a fokozott szintézist azonban a fokozott intraneuronális lebomlás kompenzálja, ezért funkcionális aktivi-

tásváltozás nem mutatkozik. (Több, ellentmondásos beszámoló jelent meg az elmúlt években az 1-tryptophan terápiás hatékonyságáról depressziókban. — Ref.) Ha a lebontást gátolják monoaminoxidáz-bénítóval (MAOI), a postsynaptikus receptoron hat az extra-5-HT, és állatkísérletben hyperaktivitással járó magatartásváltozást eredményez. A szindróma 5-HT agonistával is kiváltható, és jó mutatója az 5-HT transzmisszió funkcionális aktivitásának. A magatartásváltozásban azonban dopaminerg mechanizmusok is szerepet játszanak, mert kialakulása „kivédhető” a dopamin szintézis gátlásával, a dopaminerg receptorok blokkolásával, vagy a GABA-koncentráció fokozásával.

A dopaminerg rendszer aktiválódása is létrehoz hasonló magatartásváltozást (1-dopa vagy amfetamin adása), amit azonban a szerotoninerg-működés gátlása nem befolyásol.

A triciklusos antidepresszánsok és a MAOI a synaptikus rés monoamin-tartalmának emelésével eredményeznek fokozott postsynaptikus aktivitást. Az ismételt elektroshock-kezelés a postsynaptikus receptor érzékenységeinek fokozásával fejt ki hatást a szerotoninerg rendszerekben. A 10 nap alatt végzett 5 kezelés hatása megegyezett a 10 napig alkalmazott napi 1 kezelés eredményével, nem volt viszont hatása az egy nap alatt végzett 8 kezelésnek.

Az állatkísérletek adatai alapján feltételezhető, hogy a MAOI terápiás hatékonyságának feltétele, hogy az agyi monoaminoxidáz-aktivitást legalább 85%-ban gátolja. Klinikai tanulmányok során ritkán értek el ilyen fokú enzimgátlást, feltehetően ez az egyik oka annak, hogy egyre inkább kiszorultak a gyakorlatból. Szükségesnek látszik továbbá, mind az A, mind a B típusú MAO gátlása a terápiás hatáshoz.

A lithium növeli a funkcionális 5-HT mennyiséget az idegvégződésekben, ismételt adása 70%-os agyi szintézisnövekedést eredményez. (Irodalmi vita tárgya a lithium antidepresszáns hatása. Elképzelhető a fentiek alapján, hogy az ún. serotoninerg depressziókban van antidepresszáns hatása. — Ref.) A lithiumhoz hasonló hatású a diphenylhydantoin is, lehetséges, hogy azonos hatással vannak az agyi elektrolitokra.

A TRH-ről (thyrotropin releasing hormon) antidepresszáns hatásáról kedvező beszámolók jelentek meg kezdetben. Kísérletes adatok szerint a TRH is potenciálja az 5-HT és a dopamin által kiváltott hyperaktív magatartás szindrómát. A hatás hypophysectomizált állaton is megjelenik, tehát nem a hypophysis—pajzsmirigy tengelyen keresztül valósul meg. A TRH fokozza a dopamin-felszabadulást.

Arató Mihály dr.

Az affectiv betegségek osztályozása. Roth, M. (University of Cambridge, Addenbroke's Hospital, Cambridge, England): *Pharmakopsychiatrie*, 1978, 11, 27–42.

A szerző összefoglaló közleményében munkacsoportjának az elmúlt években elért eredményeit más szerzők újabb adataival és a régebbi elméletekkel kívánja összehangolni, és ezek szintézisét nyújtani, körvonalazni az affectiv betegségeknek egy újszerű klasszifikációját.

A tanulmány több betegcsoport psychopathológiai elemzésének eredményeire épül. A vizsgálatok általában standardizált interjúk segítségével történtek, megfelelő kontroll csoporttal történő összehasonlítással. Adataikat statisztikai analízissel dolgozták fel.

Az osztályozás négy szinten történik. Az első annak eldöntése, hogy primér-e az affectiv betegség, nem pedig következménye valamilyen pszichiátriai (schizophreniának), vagy organikus betegségnek, másrészt nem tekinthető-e az adott emocionális állapot egy affectus válasz normál variánsának.

A második szinten az endogen és neurotikus affectiv betegségek szétválasztása történik. Évtizedek óta vannak ugyan ellentételek, a statisztikai vizsgálatok az „unitárius” elmélet ellen szólnak.

A harmadik szinten az endogen betegségek bipoláris és unipoláris depressiókra választhatók szét. A felosztás elsősorban *Perris és Angst* nevéhez fűződik, és amelynek jogosságát számos adat — genetikai, physiológiai, biokémiai, valamint a betegség kezdetének, lefolyásának és a premorbid személyiségnek a különbözősége — támasztja alá.

A neurotikus affectiv zavarok depressiv neurosisra és szorongásos állapotokra oszthatók fel. Bár e két tünetcsoport között kapcsolat áll fenn, és bizonyos átfedés lehetséges, a szerző vizsgálatai alapján az elkülönítést lehetségesnek és jogosnak tartja.

A bipoláris depressiók négy csoportba sorolhatók: psychosis maniaco-depressiva, „kevert állapotok”, recurrent mania és paranoid vagy pseudoschizophren mania. A kevert állapot azt jelenti, hogy egy fázis alatt maniás és depressív jelek egyaránt előfordulnak. A paranoid mania csoportban jellemző az ingerlékenység, a perlekedés, az agresszivitás, és az üldöztetési jellegű paranoid téveseszmék. A megkülönböztetést a schizophreniától a premorbid személyiség teszi lehetővé: vidám, kifelé forduló, érvényesülő és jól alkalmazkodó személyiségek. Az unipoláris endogen depressio lehet retardált, agított és a harmadik csoportban, a retardált vagy agított depressio megszűnte után rövid subklinikus „feldobottság” következik.

Ezért vitatható ebben az esetben, hogy bipoláris vagy unipoláris elnevezés a helyes. (Más szerzők *bipolaris II. típusba sorolják ezt a lefolyást*. — Ref.)

A depressiv neurosis a negyedik szinten 4 csoportba osztható: anxiósus depressiók, hostilis depressiók, hysteroid dysphoria és személyiségzavarral járó depressiók.

A szorongásos állapotok szintén 4 csoportra oszlanak: egyszerű szorongásos állapot, agoraphobiás és szociálphobiás neurosisok (a szociális tér beszűküléséhez vezet), phobiás állapotok deperszonalizációval (az egyén automatikusan figyelmezteti magát, mintegy nézőként), és izolált specifikus phobiák. A schizophreniform és a schizoaffectiv betegségek felleltetően heterogen csoportja élénk vita tárgya. Az esetek egy csoportja kapcsolatot mutat egyrészt a bipoláris körképekkel — cycloid psychosisok, más része a szorongásos állapotokkal — szorongásos phobiás esetek.

Az osztályozás segítséget nyújthat a therápia megválasztásához is. Az endogen depressiók jobban reagálnak az antidepressáns gyógyszerekre és az electroconvulsiv kezelésre, mint a neurotikus depressiók, és az elért remiszió stabilabb. Újabb adatok szerint a lithium prophylaxis unipoláris képekben is hatásos. A kifejezett szorongásos tünetek általában rosszabb prognózisa utalnak, tricikus antidepressáns adására kedvezőtlenül reagálnak. Néhányan beszámoltak a MAO bénítók kedvező hatásáról agoraphobiás és szociálphobiás állapotokban, valamint neurotikus depressióban, hatástalanok viszont az endogen esetekben.

(Ref.: Az átfogó munkát, amelyben a szerző összefoglalni és rendezni igyekszik számos még vitatott és ellentmondásos kérdést is, csak vázlatosan és felszínesen lehetett inkeretelni ilyen terjedelemben is. Inkább a szakemberek figyelmét szeretném felhívni az értékes közleményre. Ábrák, táblázatok teszik jól áttekinthetővé és érthetővé az osztályozást.)

Arató Mihály dr.

A pszichiátriai diagnózis megbízhatósága. T. J. E. Helzer és mtsai (Dept. Psychiat., Washington Univ. School of Medicine, St. Louis, Mo. 63110, USA): *Arch. Gen. Psychiat.* 1977, 34, 129–133.

Laboratóriumi és egyéb objektív tesztek hiányában a pszichiátriai diagnózis ma is döntően az exploráción (interjú) alapszik. Elsőrendű fontosságú ezért az interjú megbízhatóságának vizsgálata, mivel ebből vezetjük le a megfigyelésen és tapasztalaton nyugvó diagnosztikus kritériumokat is, melyeket azután szisztematikusan fol-

low-up és családvizsgálatokkal validálunk. Egy megbízható kritériumrendszer még mindig lehet téves, de egy megbízhatatlan rendszer validitása biztosan nulla. A megbízhatóság mértéke a diagnosztikus diszkordanciák összes számának és az ún. „error variance”-nak a hányadosa, mely utóbbi az egy-szeri, megjósolhatatlan, részben a beteg kooperációjának, de nagyobb részben az orvos figyelmének, alaposságának, ítéletének változásai-ból tevődik össze. A pszichiátriai interjúk régebben (házánkban ma is döntően! — Ref.) szabad anamnesisen és a pszichés státusz feltárásán alapultak; ennek súlyos hátránya hogy fontos adatok ki-maradhatnak, egyes előtérben álló jelenségek az orvos figyelmét lekötik, más irányú vizsgálódásait beszűkítik stb. — emiatt fejlesztették ki a különféle értékelőskálákat, kérdőíveket — (melyek elsősorban meghatározott irányú tünetcsoportok szemikvantitatív felmérésére valók), de mindenekelőtt a *strukturált standard* interjúkat, melyeket változatlan formában alkalmaznak minden betegen, és értékelésének is standard kritériumai vannak.

A megbízhatóság vizsgálatára vagy szimultán (video-szalagoló, esetleg filmről vagy féligáteresztő tükrön keresztül), vagy konszekutív teszteket alkalmaznak, azaz ugyanazt a standard interjút két vizsgáló folytatja le egy-kétnapos időközben ugyanazzal a beteggel, és méri a konkordáns, ill. diszkordáns ítéletek számát. A konszekutív módszert a szerzők jobbnak tartják, mivel egyben kiszűri a beteg állapotának pillanatnyi véletlenszerű változásait is.

A vizsgálók közötti megegyezés mértékét („interrater reliability”) több statisztikai mutatószám is kifejezheti: gyakran alkalmazott, de teljesen inadekvát mérték a „globális megegyezési mutató” (konkordáns vélemények száma osztva az összbetegszámmal), jobb a „specifikus megegyezési mutató” (a konkordáns esetek száma osztva az összes legalább egyszer pozitívnak diagnosztizált esetek számával), de legjobb az ún. „kappa-index”, amely a véletlen megegyezések lehetőségét is figyelembe veszi. Persze mindezek a mutatók csak akkor használhatók, ha a vizsgálók azonos nomenklatúrát és azonos diagnosztikus kritériumokat használnak (!)

Vannak szerzők, akik szerint a pszichiátriai diagnózis értéke sem-mivel sem több a laikus közvélemény ítéleténél. Ebben néha van igazság, de az egyes vizsgálók közötti eltérések okai a következőképpen oszlanak meg: az eltérések 5%-a adódik a beteg állapotának, betegségeinek változásaiból egyik napról a másikra, 30% (!) adódik a vizsgáló orvos figyelmének, gondosságának, tapasztaltságának, tudásának stb. változásából, és 60% (!) az inadekvát nosológiai rend-

szerek, az önkényes, rosszul meghatározott, kódos kategóriák használatából.

Mindezekből az következik, hogy világosan, operacionálisan (és nem elméleti konstrukciókból levezetett módon) definiált fogalmakra épülő, explicit diagnosztikus kritériumok alkalmazásával a pszichiátriai diagnózis megbízhatósága igen nagymértékben javítható. Erre kísérlet a következő tanulmány is.

Bánki M. Csaba dr.

A pszichiátriai diagnózis megbízhatósága. II. J. E. Heltzer és mtsai (Department of Psychiatry Washington University School of Medicine, St. Louis, Mo. 63110, USA): Arch. Gen. Psychiat. 1977, 34, 136–141.

Vannak szerzők, akik a szigorú operacionális nozológiára törekvést „steril”-nek tartják, mivel az szerintük nem alkalmas az emberi magatartás végtelen sokszínűségének visszatükrözésére. Mégis a többség ma már világosan látja, hogy a pszichiátriai diagnózisok megbízhatatlanságának fő oka a nozológiai zűrzavar, és egyre több az igény világos kategóriák iránt.

A szerzőcsoport sok éves munkával kifejlesztett rendszerét veszi vizsgálat alá az előző cikkben említett módszerekkel. Átlag 60 perces *standard interjú* alkalmaztak, melyben néhány demográfiai adat és a jelen betegségről néhány szabad kérdés után kerekten 150 rögzített sorrendben feltett, pontosan körvonalazott, de a beteg egyéniségének megfelelően fogalmazott kérdések járja körül a pszichopathológiát; valamennyien egyértelműen adottak a pozitív és a negatív értékelés kritériumai is; így pl. egy tünet akkor pozitív, ha a beteg 1. orvoshoz fordult, 2. gyógyszer szedett, 3. mindennapi életét meg kellett változtatnia, vagy 4. a vizsgáló egyébként fontosnak ítéli. Az interjú után *standard kritériumok* alapján megadták a diagnózisokat, ugyanis egy betegre több diagnózis is adható volt. A két interjú 24 óra különbséggel zajlott le, összesen 101 esetet dolgoztak fel.

Az alkalmazott diagnosztikus rendszer az európaiktól jelentősen eltér, összesen 11 kategóriát használtak: depresszió, mania, schizofrenia, szorongásos neurosis, antiszociális személyiség, alkoholizmus, gyógyszerfüggőség, hisztéria, kényszeres neurosis, homoszexualitás, organikus pszichoszindróma; ezek mellett egyelőre fenntartották a „nem-diagnosztizálható zavar” kategóriáját is a rendszerbe nem illő esetekre.

Átlagosan 2,5 diagnózis jutott egy betegre, a megbízhatóság kapcsán átlagosan 0,66, de legálább 0,55 volt. Összehasonlításképpen 53 EEG-görbe vizuális kiértékelésében a kappa-index 0,70-nek, 44

iv. pyelogram kiértékelésében (van-e pyelonephritis?) 0,28-nek (!), rtg-felvételek kiértékelésében (van-e pneumoconiosis?) 0,47-nek (!) adódott; így tehát a kapott megbízhatósági szint bármely egyéb orvosi szakmával egyenértékű. A legalacsonyabb konkordanciát a mentális státusz (teljesítmény) vizsgálatában kapták, valamint az organikus csoportban; itt azonban ismert, hogy ténylegesen jelentős változások következhetnek be 24 óra alatt a beteg állapotában. Érdekesebb, hogy nem találtak eltérést a fiatal, ill. a tapasztalt idősebb orvosok között észlelt konkordancia-szintben, ami az alkalmazott eszközök objektív értéke mellett bizonyít (vagyis, hogy megfelelő alkalmazáshoz nem szükséges hosszú személyes tapasztalat! — Ref.)

A szerzők megállapítják, hogy bármely kritériumrendszer lényege a világos megfogalmazás, enélkül semmiféle kategorizálás nem ér semmit. Nyilvánvalóan hiába próbáljuk megérteni a betegségek hátterében rejlő pathológiai elváltozásokat mindaddig, amíg nem értünk egyet abban, hogy egy adott esetben maga a betegség fennáll-e vagy sem. Mivel a diagnózis a betegség identifikálására való, szükséges lenne konszisztens kritériumokat alkalmazni, melynek nem csupán a kutatásban, de a klinikai gyakorlatban, az oktatásban és a törvényszéki eljárásban is alapvető a jelentősége. (Hiszen tudjuk, hogy a lithium maniában hatékony gyógyszer, de nem értünk egyet abban, hogy ki a mania! — ez ma a fejlődés egyik legfőbb gátja.)

(Ref.: az utolsó bekezdés időszereése nem hangsúlyozható eléggé!)

Bánki M. Csaba dr.

A vendégmunkások szociálpszichiátriájáról. Binder, J. Simoes, M. (Psychiatrische Universitätsklinik, Zürich): Fortschr. Neurol. Psychiat. 1978, 36, 342–359.

A szerzők elsősorban az európai viszonyokkal foglalkoznak tanulmányukban. Vizsgálják a pszichés problémák, pszichiátriai betegségek előfordulását, prevalenciáját, a betegségek lefolyását, a tipikusan előforduló tünetcsoportokat és kezelésüket. Mindenekelőtt rámutatnak a metodológiai nehézségekre.

Előjáróban leszögezik, hogy a különböző pszichés megbetegedések gyakrabban fordulnak elő a vendégmunkásokon, mint az illető ország átlagnépeességében. A különböző európai, elsősorban nyugat-német pszichiátriai intézetek beteganyaga alapján végzett megfigyelések bizonyos jellegzetességeket mutatnak. Pl. a stuttgarti pszichiátriai kórházban a különböző psychosomatikus és neurotikus reakciók száma magasabb az a vendégmunkásoknál. A török ven-

démunkásokon gyakrabban fordultak elő különböző neurosisok, személyiségzavarok, abnormis reakciók, míg a spanyolokon a schizofrenia fordult elő gyakrabban. Ugyanakkor az alkoholos eredetű pszichés zavarok elsősorban a török, görög és jugoszláv vendégmunkásokon jelentkeztek gyakrabban.

A betegséglefolyás szempontjából esetenként bizonyos etnikai jellegzetességeket figyeltek meg, de ezek nem bizonyultak szignifikánsnak. A különböző pszichés problémák típusainak pontosabb meghatározásában a faktoranalízis segítségét vették igénybe.

Viszonylag gyakran észlelték „nosztalgias reakciókat” és „gyökértelenségi szindrómát”.

A pszichés zavarok megértésében jelentős segítségükre volt a transzkulturális pszichiátria megfelelő ismerete. Tipikus vendégmunkás tünetcsoportok:

1. **Paranoid reakciók.** Gyakran acut sch. psychosisok bevezetőtüneteként. Másrészt a csak „egyszerű” paranoid reakciók gyakran — megfelelő premorbid személyiség talaján — eredetileg a nyelvi kulturális nehézségekből, sok esetben a környezet ellenséges megnyilvánulásaiból stb.

2. **Hypochondriás-depressív szindrómák.** Tulajdonképpen psycho-reaktív affectív szindróma. Gyakran társul szorongással.

3. **Psychosomatikus betegségek.** Elsősorban a gyomor-bél-traktus részéről. Mászor hysteriás konverziók.

4. **Sexualneurosisok.**

E sajátos — összességében hátrányos helyzetű — etnikumok speciális psychotherápiát igényelnek, melyben jelentős szerepet játszik a transzkulturális pszichiátria megfelelő ismerete. Emellett természetesen a különböző tranquillansok, antidepressívumok használata is.

A szerzők nagy fontosságot tulajdonítanak a preventív jellegű psychohygiénének.

A vendégmunkásokon kialakuló különböző pszichés tünetek, pszichiátriai megbetegedések kiváltásában e területtel foglalkozó a következő körülményeknek tulajdonítanak körelemző szerepet: alacsony szocioökonomiai status, izoláció, a társadalmi ranglétrán való előrehaladás igen csekély lehetősége, nyelvi, kulturális nehézségek szociális szelekció, a környezet gyanakvó, bizalmatlan, esetenként ellenséges beállítottsága, különböző előítéletek, kiszolgáltatottság érzése, diszkriminációs tendenciák.

Az utóbbi években számos szerző „kulturális shock”-nak nevezte el ezt a jelenséget, amikor az általában gazdaságilag és kulturálisan elmaradott területekről érkező vendégmunkás a magasban felelt nyugati országok eltérő kulturális, norma-, nyelvi és gazdasági viszonyai között sok esetben bizonyos szempontból „shock” ha-

tásnak van kitéve, ami megfelelő premorbid személyiség talaján psychopathológiai tüneteket válthat ki. Ugyanakkor lényeges szerepet játszik az a körülmény is, hogy a vendégmunkás családjától távol, hosszú időn át elszakadva kénytelen végezni munkáját.

(Ref.: a tanulmányt azért ismerttettem a szokásosnál bővebben, mivel hasznos szempontokat nyújthat korunk egyik nagy problémája pszichiátriai aspektusának megértéséhez.) Kovács Miklós dr.

Máj- és epeútbetegségek

Antigén és antitest az akut vírushepatitis diagnosztikájában. K. P. Maier és mtsa (Med. Univ. klinik, Freiburg): Münch. med. Wschr. 1978, 103, 590.

A hepatitisz antigén (ag.) és antitest (at.) vizsgálata bővítette a vírushepatitis (vh.) diagnosztikáját. A vírushepatitis (A-vh.) Az A-vh ag-je (HAag) kimutatásának két lehetősége van: 1. Az immunoelektromikroszkóp segítségével az A hepatitisz vírus (AHV) agglutinálása a beteg székletében levő at-ekkel. 2. Radioimmunológiai teszt. Tudjuk, hogy az AHV mindenekelőtt az incubatio fázisában mutatható ki a székletből. Egy hét múlva 50%-ra, két hét múlva 20%-ra, három hét múlva 4%-ra csökken a kimutathatóság lehetősége. Tartós AHV ürítésről ma még nem tudunk, ezért a székletben levő HAag az akut A-vh jele. Az ilyen betegeket fertőzőképességük kell tartani. De, ha figyelembe vesszük a HAag időbeni dinamikáját, láthatjuk, hogy az A-vh-ben a fertőzőképesség gyorsan csökken. Az A-vh antitestjei (HAat) hamar megjelennek a serumban. A populatio nagy része már rendelkezik HAat-ekkel, (a korábban átvészelt A-vh jeleként. — Ref.), ezért az at négyszeres titeremelkedést jelent csak friss HAV infectiót. Ugyancsak ezért, akut A-vh gyanúja esetén az első serumot korán, a másodikat két hét múlva kell megvizsgálni. A HAat-ek az IgG, IgM osztályokat is érintik. Az Ig-at-ek valószínűleg egész életen át megmaradnak, az IgM típusúak viszont csak rövid ideig mutathatók ki, ezért ez utóbbinak nagyobb diagnosztikus értéke van. B-virushepatitis (B-vh.) A B-vh-nek három különböző ag-je van: HBSag, HBcag, HBeag. A HBSag már az akut B-vh klinikai manifestációja előtt kimutatható. Szövődménymentes körlefordulás esetén 2–3 hónap múlva — néha sokkal előbb — eltűnik. Ha 3 hónapnál tovább persistál, chronikus hepatitisre kell gondolni, ilyenkor célszerű lehet a májbiopsia. A gyakorlatban a HBSag pozitív egyéneket fertőzőképességük kell tekinteni. A csak B-vh-ben kimutatható e-ag, ill. e-at (HBeag, HBcag) a B-

vh diagnosztikáját lényegesen bővítette. Akut B-vh-ben a HBeag fertőzőképességet jelent. Ennek a HBSag pozitív vér inoculációjakor van jelentősége (a hepatitisz rizikója miatt). A vh akut fázisában a HBeag feltételezett prognosztikai szerepét a chronikus hepatitisbe való átmenetet illetően újabban nem erősítették meg. A RIA vizsgálatok alapján úgy tűnik, hogy szövődménymentes körlefordulás esetén az e-ag gyorsan — még a HBSag előtt — eltűnik. Ha az akut vh után 3 hónappal is persistál a HBSag, és a HBeag, tanácsos a florid, chronikus hepatitisz kizárása.

B-virushepatitis antitestjei (HBat). Az akut B-vh lezajlása után at-ek keletkeznek a HBSag, HBcag és a HBeag-ekkel szemben. A HBSat a lezajlott B-vh jele, egyúttal a reinfectióval szembeni védelmet is jelenti. Ezt mindenestre figyelembe kell venni a passzív immunizálás indukálásakor, ha HBSag pozitív vérrrel inoculatio történt. A HBcat relative korán jelentkezik az akut B-vh-ben. Olyan betegeknél, akik az első vérvételkor már HBSag negatívok voltak, a HBcat jelenléte a B-vh-t hónapok, évek múlva is igazolhatja. A HBcat RIA módszerrel korán — nem ritkán már az akut fázisban is — kimutatható. A HBcat a HBcag-tal együtt sokáig jelen lehet a serumban. A HBeag, HBcag systema manapság fontos kritériuma a B-vh-nek. Úgy látszik, hogy a HBcat jelenléte a HBSag pozitív serumban csökkent infectivitásra utal.

Táblázatban összefoglalják a vizsgálati tervet az akut A- és B-vh gyanújakor, eszerint:

Akut V-vh gyanúja esetén:
1. Az incubatio időszakban: HBcag vizsgálat a székletből.
2. A klinikai fázisban: a serum HAat vizsgálata (lehetőleg a korán levett vérből, a kontroll 4 hét múlva aktuális). A HAag vizsgálata a székletből csak az akut A-vh infectio első hetében — a másodikat hétig — célszerű.

Akut B-vh gyanúja esetén:
1. A prodromában: HBSag — ha a HBcat negatív — és HBeag.
2. A klinikai fázisban: HBSag, HBeag, HBcag.
3. a reconvalescentiában: HBcag, HBcat.
4. A késői stádiumban: HBSat, HBcag (HBcat).

A HBSag és/vagy HBeag persistálása esetén indokolt a további diagnosztikus (biopsia) vizsgálat.

Barna Kornél dr.

A hepatitisz B-vírus e-antigénjének prognosztikus jelentősége. Fay, O. és mtsai (A Rosarioi Nemzeti Egyetem Biokémiai és Orvostudományi Intézete, továbbá a Park-Szanatórium Hepatológiai Osztálya: Rosario, Argentina; A Dél-Kaliforniai Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Intézete,

Los Angeles, USA): JAMA, 1977, 238, 2501.

A HB_e Ag és az anti-HB_e rendszer előfordulását HB_s Ag-re pozitív egyének savójában 1972-ben írták le svéd szerzők. Két évvel később, a HB_e Ag specificitású proteín jelenlétét, mint a hepatitis B-vírus fertőzés folyamatában levő, ill. már megtörtént, chronikus körképbe való átmenetének indikátoraként jellemezték. Ugyanakkor az anti-HB_e a tünetmentes HB_s Ag hordozás, ill. a gyógyulási tendencia jeleként került említésre. Párhuzamot találtak a sovó HBV-tartalma, fertőzőképessége és a HB_e Ag pozitívitás között is.

Azonban nem végezték el a HB_e Ag-anti-HB_e rendszer változásait időben is követő dinamikus vizsgálatokat, holott ha a rendszer prognosztikai jelentőségét kívánják tisztázni, éppen ilyen természetű vizsgálatokra van szükség. A szerzők 435 HB_s Ag pozitív, ill. 185 HB_s Ag negatív, hepatitiszes beteg dinamikus szerológiai vizsgálatát végezték el.

Igazolták, hogy a HB_s Ag negatív betegben — 125 akut és 60 chronikus kórformájában — sem a HB_e Ag, sem az anti-HB_e nem fordult elő.

159 akut B típusú hepatitiszes betegük 6 hónapon belül HB_s Ag negatívvá vált és 149 klinikailag is tökéletesen gyógyult, 10 ment át chronikus formába. 15 volt HB_e Ag pozitív és egy sem volt anti-HB_e pozitív. A 15 HB_e Ag pozitív 5 gyógyult, és ahogy említették 10 ment át a chronikus formába.

18 akut B típusú beteg, 6 hónapon túl HB_s Ag pozitív maradt, majd chronikus formába ment át, de közülük csak 10 volt HB_e Ag-re pozitív, viszont 2 éppen anti-HB_e re volt pozitív.

40 persistens hepatitiszes beteg közül 20 (50%) volt HB_e Ag pozitív, de 3 (8%) anti-HB_e pozitív.

A 89 chronikus aktív kórformájú beteg közül 31 (25%) volt HB_e Ag pozitív, viszont 4-nek (4,1%) volt anti-HB_e -je.

Tehát statisztikailag valóban szignifikánsan több a HB_e Ag pozitív a chronikussá valóban levő, ill. a már chronikussá vált körképben, mint a jó gyógyulási tendenciát mutató esetekben. Azonban az egyes betegek sorsának prognosztizálására a HB_e Ag jelenléte nem alkalmas, mert pozitívítás mellett is kb. 10%-ban találtak jó gyógyulási tendenciát, ill. negatívítása esetén is kb. 6%-ban találtak chronikussá válást. A már chronikus körképek 50–65%-a bizonyult HB_e Ag negatívnak. Chronikus aktív körképben a HB_e Ag jelenlétét időben sem találták követkevsnek, mert előfordult, olyan hosszabb időszak, amikor az egyéknél HB_e Ag-ra pozitív beteg átmenetileg negatívvá vált anélkül, hogy klinikai állapotában bármilyen változás következett volna be.

Az anti-HB_e megjelenése nem volt összefüggésbe hozható az előzetes antigén pozitívítással és a kórkép kedvező alakulásával, vagyis ezekben az esetekben sem jelent meg az ellenanyag konzekvensen. Másrészt viszont a már krónikus, ill. krónikussá vált kórképek 5–11%-ában találtak ellenanyagot. Eszerint az anti-HB_e jelenléte, vagy negatívítása az individuális észleléskor rendkívül nehéz.

Nem kétséges, hogy az e-Ag, anti-HB_e rendszer további tanulmányozásával, főleg a dinamikus vizsgálatokkal fontos adatokhoz jutunk.

(Ref.: Fel kell hívni a figyelmet arra, hogy ezek a kimutatások technikai megoldásukat tekintve — immundiffúzió, illetve elektroforézis — érzékenységük szempontjából messze elmaradnak a HB_s Ag, ill. a HB_s Ag és ellenanyag rendszerek kimutatására használtaktól. Ily módon lehetséges, hogy megfelelő technikai megoldás esetén az individuális prognosztizálásra is használhatóbb lesz a rendszer.)

Hollós Iván dr.

A DNA polymerase aktivitás gátlása HB_s Ag pozitív krónikus májbetegségben. Chadwick, R. G. és mtsai (Dept. of Medicine, Royal Free Hospital, London): Brit. med. J. 1978, 2, 531–533.

A Vidarabin (adenin arabinosid) olyan szintetikus purin nucleosida, amely antivirális aktivitással rendelkezik az olyan vírusok ellen, melyek DNA-t és RNA-t tartalmaznak, így gátló hatású egyes daganatvírusok ellen is. Relatív nem toxikus, nem befolyásolja a celluláris és humoralis funkciókat és nincs teratogén hatása. A vírusok DNA polymerase enzimének bénítása révén a vírus replikációt megakadályozza.

Mint kimutatták, a krónikus hepatitis-B vírushordozók vérének DNA polymerase szintje emelkedett, kimutatható benne a HB_e antigén és a Dane partikulák. E markerek jelenléte a vér magas infektivitását mutatja, és egyben igen rossz prognosztikai jel is.

A szerzők négy férfibetegén végeztek terápiás megfigyeléseket. Betegeik krónikus hepatitisét az előbbi markerek, valamint a pozitív májbiopsiás lelet is bizonyította. Kezelésükre naponta 10 mg/kg mennyiségben (2000 ml 5%-os dextrose oldatban) összesen két hétig adagoltak Vidarabint. Az ezzel kapcsolatosan végzett számos ellenőrző vizsgálat között a DNA polymerase aktivitás meghatározása is szerepelt.

A betegek a kezelés alatt jól érezték magukat és tünetmentessé váltak. Mind a négy betegen a DNA polymerase aktivitás azonnali csökkenését lehetett tapasztalni, azonban három betegen a kezelés abbahagyásakor az aktivi-

tás gyors visszatérése volt tapasztalható. A negyedik betegen visszaesést nem észleltek. Az első három beteg HB_e antigén és Dane particula hordozó volt, a negyedik nem. A HB_s Ag koncentráció az első három betegen változatlan maradt, a negyedikén 42%-os csökkenés volt kimutatható. A májbiopsiás anyagban változást egyik esetben sem tapasztaltak.

Vizsgálataik eredményei szerint a Vidarabin hatására a vér DNA aktivitása szignifikánsan csökkent, ennek oka a hepatitis vírus DNA polymerase aktivításának gátlása volt, aminek eredményeként a vírus replikációja károsodott. Az a tény, hogy a Dane particulák jelenléte nem változott, arra utal, hogy a keringő particulák clearance a kezelés hatására nem változott.

Az eddigi tapasztalatok reményt adnak arra, hogy a Vidarabin segítségével eredményesen kezelhető lesz a HB_s Ag pozitív krónikus májbetegség, ill. a vírushordozó állapot. Az utóbbi egyben a vírushordozóknak a környezetre való veszélyes hatása megszűnését is jelenteni fogja. Feltételezhető, hogy vírushordozókon a Vidarabin hatásossága immunstimulánsok egyidejű alkalmazásával még fokozható is lesz.

Berkessy Sándor dr.

Az ultravékony tüvel végzett percután transhepatikus cholangiographia (PTC) technikája. R. Dammermann és mtsai (Medizinische Abteilung, Deutsches-Rotes-Kreuz-Krankenhaus Hamburg.: Dtsch. med. Wschr. 1978, 103, 392–395.

Mióta — a Menghini-féle perkután májbiopsziához hasonlóan — a PTC-hez is ultravékony tűt használnak, és pontosan betartják a technikai előírásokat, a szövődmények a minimumra csökkentek.

Instrumentárium, tárgyi és személyi feltételek. Szükséges egy képerősítővel, tv-lánccal ellátott átvilágító készülék billenőasztallal. Chiba-tű, amelynek hossza 15 cm, külső átmérője 0,7 mm, belső átmérője 0,5 mm, hegye 30°-osra kőszőrült. Kontrasztanyagként 60%-os Urografin használatos. Könnyebb kezelhetőség kedvéért a tűt siliconcsővel csatlakoztatják a fecskendőhöz. A röntgen technikában a jártas vizsgálón kívül 1 asszisztens kell a biopszia elvégzéséhez.

Előkészítés: 2 napos szélesspektrumú antibiotikum profilaxis. Kontraszt-árnyékot adó duodenum szonda levezetése a vizsgálat előtt. Az éhgyomorral maradó beteg 10–30 mg diazepamot (Seduxen) kap iv. Vena kanül behelyezése, amely leghamarabb 1 órával a beavatkozás befejezése után távolítható el a betegből.

A biopszia kivitelezése: A tűt lateral felől a bal és jobb hepatikus elágazása fölé kell vezetni, hogy lehetőleg minél több epeutat

keresztezzen, és elkerülje az epehólyagot. A szűrőcsatorna hosszú intrahepatikus legbiztosabban tényezőként szerepel, tárgult epeutak esetén az epecsörgés tamponálására szolgál.

A beteg — jobbkezét a nyak alá helyezve — a hátán fekszik. A behatolás magassága 1–2 cm-rel a sinus phrenicocostalis alatt van. Meghatározása legbiztosabban légzésszünetben átvilágítással történik. Megjelölve a beszűrás helyét, kb. 1,5 cm-rel a középső axillaris vonal felett, érzéstelenítés és a bőr átszúrása után a tűt apnoeaban gyorsan kb. 4 cm mélyre kell beszűrni. E művelet után a beteg felületesen lélegezhet. A célpont a duodenum szonda áthajlási szögét és a diaphragmát összekötő egyenes közepe. Ha a tű megfelelő helyen van, a mandrint el kell távolítani, és megkezdődhet a kontrasztanyag befecskendezése. Helyes pozícióban az Urografin egy epeútban lassan, mediokaudális irányban csurog alá és az adagolás abbahagyásakor is benne marad az ábrázolt edényben. Erősen tág epeutakból helyes előzőleg az epe lesvívását megkísérlni. Nem tárgult epeutaknál az első beszűrás sikertelen lehet. Ebben az esetben a biopszia — ugyanabban az intercostalis térben — az első behatolás felett 3–5 mm-rel megismételhető. Általában 6 kísérletig el lehet menni. Röntgenfelvételek készülnek a telődési fázisban, a leletnek megfelelően különböző testhelyzetekben. Lényeges a beteg felállítása, hogy kellő mennyiségű kontrasztanyag jusson a choledochusba.

A biopszia laparoszkópos ellenőrzéssel is elvégezhető. Hogy a tű jobban látható legyen, a beszűrést ventral felől a ligamentum falciformetól 3 cm-re, az alsó májszélétől 5 cm-re, 45 fokos szögben kell végrehajtani. Próbálkozni lehet a bal lebenyben is a lig. falciformetól hasonló távolságra. LTC-ben a sikeres biopsziák aránya PTC-hez képest — nem tárgult epeutak esetén — lényegesen rosszabb, mert a szűrőcsatorna hossza csak 3 cm.

Utógondozás: A betegek 1/3-ában — különösen ismételt beszűrások után — igen erős fájdalmak lépnek fel. A panaszok a biopsziát követően 15 perccel kezdődnek és 4 órán át is tarthatnak. Erős analgetikumot kell adni. A fájdalom oka peritoneális izgalom kisebb utóvérzés következtében, de még inkább a hyperosmolaris kontrasztanyag kilépése. Különösen, ha tokközelen keletkezik haematoma, vagy kontrasztanyag lerakódás, jelentkezhet igen kifejezett fájdalom. Ezért a tok közelében már nem szabad kontrasztanyagot beadni. Itt a találati valószínűség — az igen kis kaliberű epeutak miatt — amúgyis nagyon kicsi. Az osztályon a beteget továbbra is gondosan kell figyelni, ha a panaszok 4 óra múlva sem szűnnek, epefolyással vagy

vérzéssel kell számolni. Ezeket a komplikációkat eddig azonban csak hosszantartó, súlyos elzáródások icterusban írták le. A szerzők 73 esetéből egyben sem fordultak elő. Ha súlyos elzáródások sárgaság áll fenn erősen tágtul epeutakkal, 24 órán belül operálni kell.

Preisich Péter dr.

Onkológia

A malignomák gyógyítása az ún. „rákos családokban”. Williams, Ch. (Division of Medical Oncology, Stanford University School of Medicine, Stanford, Calif., USA): *Lancet*, 1978, 1, 198.

A rosszindulatú daganatok kisebb hányadában ma már bizonyított az öröklődés. Ennek során írták le az ún. „rákos családokat” (= cancer family), melyekre az alábbiak a jellemzők: a) gyakori adenocarcinoma-előfordulás, főleg a vastagbélben és az endometriumban, b) gyakori a multiplex primaer carcinoma, c) autosomalis domináns öröklődés mutatható ki, d) a daganat már fiatal életkorban jelentkezik.

A szerző az általa észlelt rákos család első tagjával 1975-ben találkozott. Az akkor 34 éves nő kórelőzményében 22 éves korában felfedezett és sebészileg kezelt coecum-adenocarcinoma szerepel. A jelenlegi felvételekor elvégzett laparotomia alkalmából 2 helyen új, egymástól függetlenül jelentkező vastagbélrákot találtak, melyek mindkét oldali petefészekbe áttétet adtak. Kezelés: az érintett vastagbélrészek resectiója + kétoldali salpingo-oophorectomia + hysterectomy. 1977-ben a kórjelző radiológiai lelet + az emelkedett chorioembriális antigénszint (C. E. A.) birtokában ismételt laparotomiát kell végezni újabb elsőleges vastagbélrák miatt. Ekkor eltávolítják a megmaradt vastagbélszakaszt + a terminalis ileum 30 cm-nyi darabját. Ezután átvizsgálva a beteg családját, az alábbiakat sikerült kideríteni: a 4 nemzedék 44 tagja közül 16-nak (= 36%) volt malignomája — ebből 5-nek multiplex carcinomája — jöllehet, a IV. generációt alkotó 24 családtag leg többje 30 évnél fiatalabb volt. Az első 3 nemzedéket 20 családtag alkotta; közülük 17 (= 70%) volt rákos. E család minden tekintetben kimerítette a rákos családok ismérveit, mivel a malignoma-gyakoriságon kívül a multiplicitas, a korai életkorban való manifestatio és az autosomalis domináns öröklődés is kimutatható volt.

Lényeges, hogy e családok tagjait időközönként rendszeresen ellenőrizzék. Ezért őket arra kell nevelni, hogy figyeljék magukat, s a legkisebb eltérés észlelése esetén jelentkezzenek.

Major László dr.

A melanoma malignum. Callen, J. P. és mtsai (Lousville, Mich): *Archives of Dermatology* (Chicago), 1978, 114, 396—370.

Az egyre gyakoribb előfordulású és megnövekedett mortalitású betegségnek a jelentőségét az adja meg, hogy míg az összes cutan malignus tumorok mintegy 3%-át teszi ki, addig a rosszindulatú bőrdaganatoknak tulajdonítható halál 67%-a a melanomára esik. Többen oki szerepet tulajdonítanak a napfénynek a melanoma kifejlődésében. Ez különösen nyugtalanító amiatt, hogy a környezeti szennyeződés következtében az atmoszféra védő hatása ózonrétegének csökkenésével kell számolni.

Kopf és mtsai többször hangsúlyozzák a tumor radiális és vertikális növekedését, amelyek a melanoma prognózisa szempontjából bírnak jelentőséggel. A radiális növekedést jó prognózis jellemzi. A melanomák fokozatosan vertikális növekedést vesznek fel, amelyet a dermális irányú tumorbenövés jellemez magas százaléku áttéttel s rossz prognózissal. A lentigo maligna, a superficialis spreading melanoma radiális, a nodularis melanoma vertikális növekedéssel jellemezhető.

Breslow (1974), valamint Hansen és McCarten (1975) hangsúlyozzák a tumor vastagság fontosságát a melanoma prognózisa és kezelése szempontjából. Szerintük azok a tumorok, amelyek 0,76 mm-nél vékonyabbak, ritkán metastatizálnak és jó kórjelzők, míg az 1,5 mm, vagy ennél vastagabb daganatok korán adnak áttétet.

A histológiai vizsgálaton alapuló kórjelzőnek sok információra van szüksége s kívánatos, hogy a kórjelzőtani lelet tartalmazza a következőket: a laesio klinikai-patológiai típusa (lentigo maligna pl.), az invázió szintje (level), a maximum vastagság mm-ben, pleomorphismus (erős, enyhe stb.), vér-, vagy nyirokér invázió, lymphocyt infiltráció, mitotikus arány. Az ilyen típusú kórjelzőtani leletre támaszkodni lehet a terápiás eljárások megszabásában.

Kopf és mtsai (1977) kitűnő áttekintést adnak a terápiáról. Előnyben részesítik az excíziót, amelynek a révén teljes szöveti információ lehetséges. A ritka esetektől eltekintve a primer melanoma kezelése sebészeti. A regionális nyirokcsomók eltávolítása felesleges a 0,76 mm-nél vékonyabb tumor és negatív klinikai nyirokcsomó kép esetén. A disseminált melanoma kezelése nem biztató s a dacarbazin marad az egyetlen hatásos chemoterápiás eljárás. A regionális perfúziós chemoterápia ígéretes eszköznek tűnik az anatómiailag elérhető laesiókban. A radiotherápia — általában —, palliatív eljárás marad. Az újabb irodalomban sok figyelmet szentelnek a melanoma immunológiájának és immuntherápiájának. Az immunvá-

lasz mindkét karja érintve van a melanomában, de jelenleg a sejt-közvetített immunitás látszik a legfontosabbnak. Ennek stimulálása a BCG immunoterápia keretében történik.

Igen fontos a melanoma korai felismerése és még a vertikális növekedés előtti terápia. A jelenleg használatos terápiás eljárások általánosságban ellentmondások. Remélhető, hogy a gondosan kontrollált tanulmányok segítenek majd megtalálni a lehető legjobb kezelési módszert.

Schneider Imre dr.

A thermographia, az ultrahang és a mammographia jelenlegi helyzete az emlőrák leleplezésében. Dodd, G. D.: *Cancer* 1977, 39, 2796.

Az emlőrák diagnosztikában alkalmazott különféle biofizikai módszerek közül a legjobb eredményeket a mammographia adja. Az ultrahang és a thermographia előnye az, hogy nem lehet szó rákkeltő mellékhatásokról, de hatásfokuk sokkal alacsonyabb (28,6%), mint a mammographiáé (87,2%). A thermographia hamis negatív esetei főleg a subklinikai esetekből adódnak, ezért az eljárás nem alkalmas a mammographia előtti szűrésre. Alkalmas azonban a mammographiás lelet megerősítésére. 40 pozitív mammogram alapján készített biopsziából 40% volt rák és 25% praemalignus folyamat. 208 abnormális thermogram + mammogram alapján készült biopsziából 64,8% volt rák és 27,8% praemalignus elváltozás. Bár a mammographia rákkeltő hatása nem bizonyított, alkalmazásában ajánlatos az óvatosság. A thermographia mint a fizikális vizsgálat kiegészítése lehet hasznos a fiatalabb korcsoportokban. A klinikai kísérlet során nagyjából 36 tünetmentes nőt szűrtek, a szűrés folyamán felfedezett 836 emlőrákból 391 (46,8%) esetben negatív volt a fizikális lelet.

Póka László dr.

Nafoxidinnel végzett klinikai kísérlet adrenalectomiázt előrehaladott emlőrákos betegekben. Jain, J. és mtsai (Wayne State Univ. School of Med., Dept. Oncology, 540E Canfield, Detroit, MI 48201): *Cancer*, 1977, 40, 2063.

Újabb kedvező tapasztalatokról számolnak be az emlőrák antioestrogen kezelésében. Hatásmechanizmusa vitatott. In vitro kísérletek arra utalnak, hogy ezek a vegyületek versengenek az oestrogenekkel a cytoplasma oestrogen receptoraiért. Európai klinikai kísérletek a nafoxidint — amely egy antioestrogen vegyület — hatásosnak találták a postmenopausában levő betegek előrehaladott emlőrákjában. A szerzők 10 emlőrákos

betegnek adtak nafoxidin hydrochloricumot [1-(2-p-(3,4 dihydro-6 methoxy-2 phenyl-1 naphthyl) phenoxy] (-ethyl) pyrrolidin hydrochlorid]. Minden betegnek haematogen áttétei voltak: a bőrben, a csontokban, s 1 esetben a tüdőben. Minden beteg előzőleg adrenalectomiát végeztek, amely után hat esetben részleges remissiót észleltek.

6 beteg daganatai megkisebbedtek; a remissio időtartama 3—7 hónap volt. 2 beteg objektíve nem javult, de panaszai enyhültek. 2-nek daganata progrediált. Azok a betegek, akik a nafoxidin kezelésre jól reagáltak, vagy oestrogen pozitívok voltak vagy az előzetes endocrin kezelésére a daganat megkisebbedésével válaszoltak.

Súlyos mellékhatást nem észleltek. 2 beteg figyeltek meg vízretentiót. A nafoxidin fényérzékenyít, 2 beteg kapott a sugár hatására ichthyosist.

Úgy tűnik, hogy nafoxidinnal az előzetes endocrin kezelésre reagáló betegeken újabb néhány hónapig tartó remissiót lehet elérni.

Póka László dr.

A tömegszűréssel leleplezett emlőrák pathológiája. Potchefskey, S. A. és mtsai (Surg. Path., Thomas Jefferson Univ. Hosp., Philadelphia, PA. 19107): Cancer, 1977, 40, 1659.

1973 decemberétől 1976 júniusig 17 526 tünetmentes 45—64 éves korú nőt szűrtek át: klinikai vizsgálattal, thermographiával és mam-mographiával.

799 betegben találtak gyanús elváltozást az első szűréskor (4,6%). 799-ből 160 esetben (20%) végeztek eredményes túbiopsiát, ezeknél további biopsiára nem volt szükség. 15%-ban (123/799) az orvos nem javasolt biopsiát. 58%-ban (456/799) történt biopsia, ezekből 156 (34%) bizonyult ráknak. Ez a szám az összes szűnt populációra számítva 8,9/1000 találati aránynak felel meg; az arány 45—54 évesekre vonatkoztatva 7/1000 és az 55—64 évesek vonatkozásában 11/1000. A daganatok 15%-a volt cc. in situ, 12%-ban volt minimális infiltráció, 9%-uk volt tubularis rák és 64%-ban találtak invazív ductalis vagy lobularis rákot. Az intraductalis és lobularis rákok gyakran voltak multicentrikusak és többségükben nem voltak tapinthatók. 26%-ban találtak az axillaris nyirokcsomókban áttétet, és pedig csak az invazív daganatok esetében. A metastatikus potenciál összefüggésben volt a daganat nagyságával, az invasio fokával, a nyirokutak infiltrációjával és a szövettani gradinggel.

A kezdeti eredményt sikeresnek tartják, de végleges következtetést csak később kívánnak levonni.

Póka László dr.

Hajukat festő emlőrákos betegek: kóresetek utánvizsgálatával végzett tanulmány. Kinlen, L. J., R. Harris, A. Garrod, K. Rodriguez (Department of the Regius Professor of Medicine, University of Oxford): Brit. med. J. 1977, 2, 366.

Néhány éve ismert, hogy az aromás aminokat vagy aromás nitro-vegyületeket tartalmazó, úgynevezett permanens vagy semipermanens hajfestékek mutációt okoznak olyan bakteriológiai tesztekben, melyekben számos ismert carcinogén is mutagén hatású, sőt a vegyületcsoport legaktívabb tagja patkányban igazoltan rákkeltő hatású. Tisztázásra vár a kérdés, vajon kell-e az ember esetében is tartanunk a hajfestékek daganatkeltő hatásától?

A válasz megközelítésére a szerzők 191 emlőrákos beteget kérdeztek ki arra vonatkozóan, festette-e a haját a betegség jelentkezése előtt, és az eredményt 561 hasonlóan kikérdezett, de rosszindulatú daganattól mentes nő válaszaival hasonlították össze. Nem mutatkozott így lényeges különbség a hajukat festők és a nem festők aránya között, az emlőrákos, illetve a kontroll csoportban. Az egyetlen szignifikáns lelet az volt, hogy az 50 éves kor feletti, hajukat festő nők jóval gyakrabban (63,0%) voltak egyben dohányosok is, mint az ugyanilyen korú, de hajfestéket nem használó nők (akiknek csak 54,5%-a dohányzott); 50 év alattiak között ilyen különbség nem mutatkozott.

Palka István dr.

Priméren resecabilis colorectalis rákos betegek egyidejű májajtéteinek sebészeti kezelése. Wanebo, H. J. és mtsai (Dept. Surg., Univ. Virginia Med. Center, Charlottesville, Virg. 22901): Cancer, 1977, 40, 2087.

Az Egyesült Államokban a priméren resecabilis colorectalis rákok 10%-ához társul májajtét. A New York-i Memorial Hospitalban 1951 és 1974 között 217 betegben (126 férfi és 91 nő) találtak a primér műtét alkalmával májajtétet. A labor.-vizsgálatok közül 130 betegnek volt rendelkezésre se. alkalis phosphatase értéke és 35%-uk volt anaemiás.

202 betegben végeztek primér resectiót, 15 betegben csak laparotomiát vagy colostomiát. A resectiók legnagyobb része sphincter megtartásos volt, 26 esetben végeztek abdomino-perinealis és 12 esetben Hartmann típusú resectiót.

3 esetben végeztek májbiopsiát, 27 esetben resecálták a soliter májajtétet (13 excisio, 10 segment-resectio, 4 lobectomia: 1. jobb oldali, 3 bal oldali), 2 betegből két áttétnél többet vettek ki. 125 beteg májajtéteihez nem nyúltak.

175 olyan beteg közül, akiken palliatív resectiót végeztek, 17 halt meg közvetlenül műtét után (10%). 27 beteg közül, akiken a resectión kívül a májajtétet is eltávolították, 2 halt meg (7%). A laparotomia és colostomia halálozása 7%-os volt (15/1). 197 beteget követtek a műtét után. A 25 palliatív resectio + májresectión átesett beteg közül 7 élt több mint 5 évig (28%). 149 beteg májajtétét nem lehetett resecálni, túlélésük 1—47 hónap. A laparotomiások és colostomiások túlélése maximálisan 13 hónap. A májajtéték jelenlétében is javasolják a palliatív resectiót; ha a májajtéték resecálhatók azokat is ajánlatos kivenni.

Póka László dr.

Az aktív specifikus immunterápia lehetőségei a vastagbélrák kezelésében. Kohan, B. D. és mtsai (Dept. Surg., Univ. Texas Med. School, 6400 West Cullen, Houston TX 77030): Cancer 1977, 40, 2740.

Az aktív specifikus immunterápiának (ASI) más módszerekkel szemben 3 előnye van: 1. Elpusztíthatja a residuális daganatsejteket. 2. A nem specifikus immunisationál jobban fokozza a szervezet ellenállását a recidivával szemben. 3. Az immunrendszerre gyakorolt szelektív immunstimulatio kíméli az immunapparatus egészét.

Dukes B₂ és C stádiumú colorectalis rákos betegek ASI kezelésétől várható jótékony hatás. A kezelést 14 nappal a műtét után tanácsos elkezdni, amikor az érzéstelenítés és a műtét immunosuppressív hatása már lezajlott. Dukes stadiumban már nem várható hatásos immunválasz. A kemoterápia + immunterápia kombinációval kapcsolatban megfontolandó a kemoterápia immunosuppressív szerepének és a synergismuskérdéseit. A betegnek beadott tumor-specifikus anyagnak biológailag biztonságosnak kell lennie és hatásos antigént kell tartalmaznia. Besugárzott egész sejtek, subcellularis particulák és oltott membrán származékok mind potenciális antigenek. A közlemény ezután részletesen ismerteti az egyes specifikus immunizáló anyagok előnyeit és hátrányos tulajdonságait.

Az antigenet subcutan v. intradermalis adják. Az ismételt immunizálás várhatóan növeli a gazda ellenállását a tumorrall szemben. Mivel a Dukes B₂ és C betegekben a recidiva általában a resectio utáni első 18 hónapban jelentkezik, az immunisatiót legalább egy éven át kell folytatni.

A BCG-vel történő nem specifikus immunizálásnak újabb közlések szerint mérsékelt a hatása. ASI-val kombinálva lerontja ennek jótékony hatását; antagonista mononuclearis választ válthat ki; ritkán nyirokcsomó tályogok, bronchus spasmus, láz, gyengeség, he-

patitis, súlyvesztés is előfordulhatnak. Az ASI értékelhetősége érdekében helyesebb, ha klinikai kísérletek során az ASI-t mycobacterium adása nélkül alkalmazzuk. Az ASI immunhatásának ellenőrzése és reális értékelése megfelelő immunoassay rendszer alkalmazásával lehetséges. Ennek az eljárásnak korlátait a szövetkultúra felhasználása csökkenti, amely autochton, anyagot egységes sejtpopulációt szolgáltat a bioassay számára. Egységes sejtenyírást nyerhetünk egy speciális laboratóriumi egértörzs, az ún. meztelen (hairless) egér felhasználásával.

Póka László dr.

A pajzsmirigyrák ¹³¹I terapiája.
G. T. Krishnamurthy, W. H. Blahd (Nucl. Med. Service 691/115 Wadsworth Hospital Center, Los Angeles, California 90073): Cancer, 1977, 40, 195.

A ¹³¹I terapia értékét vizsgálták a szerzők 1949 és 1977 között 54 totális és subtotalis strumectomián átesett betegnél. Az esetek 24%-ában follicularis, 44%-ában papillaris, 24%-ában kevert follicularis, részben papillaris, 4%-ában Hürthle-sejtes és 4%-ában dedifferenciált carcinoma volt a szövettani diagnózis. 24 betegben (44,5%) a ¹³¹I terapia elkezdésekor nyaki, mediastinális nyirokcsomó és ritkábban csont-, agy-, tüdő- és májattét állott fenn.

Az első jódizotóp kezelést a műtét után 2–6 héttel végezték, általában 75–150 mCi-t adtak. Az izotóp kezeléseket felévenként megismételték, ameddig jódizotópot koncentrálnó szövetet találtak a nyakon, vagy az áttételeknek megfelelően. Átlagban 163,4 mCi ¹³¹I adásával sikerült a jódfelevő állományt elpusztítani. A beadott összdózis átlagban pedig 243,3 mCi volt. A betegeket 2–23 évig követték, átlagban 8,3 évig. Az áttételekkel kezelt betegek közül 56%-ban, a klinikailag tumormentes betegek közül 25%-ban lépett fel újabb kiújulás, gyakran a műtét és a jódizotóp terapia után 5–10 évvel. A vizsgált betegcsoportban 16 beteg halt meg a tanulmány ideje alatt, 7 beteg halálát pajzsmirigycarcinoma okozta. Ezek közül öt differenciált, kettő pedig anaplastikus típusú carcinoma volt. A differenciált pajzsmirigycarcinómák közül négy betegben egyidejűleg máj-, tüdő-, csont- és agyáttételek álltak fenn, és az anaplastikus carcinomához hasonlóan nem reagáltak az izotóp terapiára.

A ¹³¹I izotóp adása komolyabb szövődmenyt nem okozott. A betegek 48%-a 15 éve tumormentes, egy részük családát alapított, és gyermekeiken semmilyen veleszületett károsodást nem észleltek.

Füzy Márton dr.

Endocrinologia

Pajzsmirigy-működés a hyperthyreosis sebészeti kezelése után. 100 propranolol előkészített műtét esetén ismertetése. Toft, A. D. és mtsai: New Engl. J. Med. 1978, 298, 643–647.

Hyperthyreosisban szenvedő betegek belgyógyászati kezelése távlati szempontból relatíve sikertelennek mondható, mivel az antithyreoid szerek megvonása után a betegség az esetek 50–70%-ában visszatér. A szerzők úgy vélik, hogy a kezelési lehetőségek közül éppen ezért az első hely leginkább a műtétet illeti meg.

100 hyperthyreosisos betegen végeztek subtotalis thyroidectomiát. Közülük 31-nek — akiket korábban carbimazollal kezeltek — recidiv hyperthyreosisa volt. A betegek átlagos életkora 34 év volt. A diagnózist a klinikai tünetek, a se-thyroxin, a se-trijodthyronin és az iv. adott 200 µg thyreotropin-releasing hormonra adott TSH-válasz vizsgálata alapján állították fel. 87 betegnek diffúz, 12-nek multinodularis strumája és 1-nek működő pajzsmirigy adenomája volt. A betegeknek műtét előkészítésként és közvetlen postoperatív kezelésként kizárólag propranolol adtak, 6 óránként per os 40 mg adagban, amit szükség szerint megemelték, míg 90/min pulusszámot el nem értek. A gyógyszert a műtét napján is adták, és a műtét után még 7 napig. Megbecsülték a műtét vérvérvettségét és a visszamaradt pajzsmirigy-szövet súlyát. A vizsgálatokat 1, 3, 6, 9 és 12 hónappal az operáció után megismételték. Amennyiben a hypothyreosisra utaló adatok 6 hónapon túl is megtalálhatók voltak, a hypothyreosist véglegesnek, egyébként átmenetinek tekintették.

A praeparatív propranolol-kezelés átlagos ideje 23 napot (4–87 nap) tett ki; az adag felemelése 6 óránkénti 80 mg-ra 25, 120 mg-ra pedig 3 esetben vált szükségessé.

Maradandó hangszalagbénulás 1 betegben lépett fel, maradandó hypoparathyreoidizmust viszont egyszer sem észleltek. Thyreotoxikus krízis nem fordult elő.

12 hónapi megfigyelés után 80 beteg bizonyult euthyreoidnak. A hypothalamus-hypophysis-thyreoida rendszer suppressiója az esetek többségében már egy hónappal a műtét után észlelhető volt. Recidiv hyperthyreosis 6, átmeneti hypothyreosis 20, végleges hypothyreosis pedig 14 esetben volt megállapítható. Összefüggést láttak a postoperatív pajzsmirigy-működés és a pajzsmirigy-maradvány megbecsült súlya között; az euthyreoid esetekben nagyobb, a végleges hypothyreotikus esetekben kisebb volt a pajzsmirigy-maradvány átlagos súlya.

Megítélésük szerint a propranolol biztonságos és hatásos szer a

hyperthyreosisos betegek praeparatív előkészítésében. Az előkészítés ideje rövidebb és a műtét vérvérvettség kevesebb, mint a hagyományos gyógyszeres előkészítés alkalmazásakor. Hangsúlyozzák az orvosok és a növények hatásos együttműködésének fontosságát.

Katona András dr.

A Basedow-kór kezelése. Utiger, R. D.: New Engl. J. Med. 1978, 298, 681.

A pajzsmirigy-túlműködés esetek túlnyomó többsége Basedow-kórnak, a többi része pedig pajzsmirigy-adenomának, multinodularis strumának, subacute gyulladásnak és — pl. iatrogen artalomként fellépő — TSH-tülműködésnek tulajdonítható. A megfelelő terapia kiválasztásához elsőrendűen fontos a megjelenési formák elkülönítése.

Pajzsmirigy-adenomában vagy multinodularis golyva esetén műtét vagy radiojód kezelés a megfelelő eljárás.

Basedow-kórban 3 lehetséges kezelési mód közül kell választanunk: antithyreoid szerek adása, ¹³¹I-kezelés vagy subtotalis thyroidectomia. A választás sokszor nehéz. Az antithyreoid szerek veszélytelenek és végleges hypothyreosist nem okoznak. Ha az utóbbi 2 terápiás mód közül választunk, főképpen az életkort vesszük figyelembe. 35–40 év alatt kisebb a sebészeti kockázat, az izotóp-terápiával kapcsolatos szövődmenyek bekövetkezése pedig nagyobb a valószínűsége.

A szerző ezután kitér Toft és mtsainak (fentebb referált) közleményére, és mondanivalójukhoz néhány kritikai megjegyzést is fűz. A műtét — írja — az ő kezükben biztonságosnak és hatékonyan bizonyult, kevés szövődmennyel. Megjegyzendő azonban, hogy hangszalag-bénulást és hypoparathyreoidizmust a kezelési módok közül csupán a műtét okozhat. Nem ismertetik a szerzők, hogy betegeiket hogyan válogatták össze. Feltehető, hogy eseteik kevésbé súlyosak voltak és betegek az átlagnál fiatalabbak. A propranolollal való előkészítést azért tartották előnyösebbnek, mert így a műtét előkészítés rövidebb ideig tart, és kevés az intraoperatív vérvérvettség, ám e megállapításokat ellenőrzött kísérletek még nem igazolták. A betegek részletes postoperatív értékelése néhány érdekes szempont-ra hívta fel a figyelmünket. Pl. a se-thyroxin és a se-trijodthyronin koncentráció már egy hónappal a műtét után normális lesz; ¹³¹I-kezeléssel vagy antithyreoid szerekkel nem jutunk ilyen gyors eredményhez. Figyelmet kelt a műtét utáni átmeneti hypothyreosisok gyakorisága hasonló események az izotópterápiát is követhetik. Végleges hypothyreosist csak 14%-ban ta-

láltak, de nagyon valószínű, hogy a későbbiekben ez még több betegre kiterjed. A késői hypothyreosis jelentkezése a ^{131}I kezeléssel kapcsolatosan is jól ismert tény. Műtét során kevesebb pajzsmirigyszövet eltávolítása ezt a lehetőséget — bár nem lényegesen — csökkentheti ugyan, a hyperthyreosis visszatérése ugyanakkor gyakoribbá válik. A recurráló hyperthyreosis a nem kielégítő kezelés következménye. Feltehető a kérdés: sebészi vagy izotóp-kezelés során nem kellene-e eleve végleges hypothyreosis kifejlődésére törekedni, majd pajzsmirigyhormonkészítményeket adni, s így elkerülni a hyperthyreosis visszatérését?

A szerző végül azt ajánlja, hogy gyakorlati és elméleti okoknál fogva kezdetben igyekezzünk a műtétet elkerülni, és inkább az antithyreoid kezelést válasszuk, ami természetesen a sebészeti terápiát egy későbbi időpontban nem zárja ki. *Katona András dr.*

Centralis diabetes insipidus 1-deamino-8-D-arginin vasopressin kezelése gyermekkorban. Becker, J. D., Foley, T. P. (Children's Hospital of Pittsburgh): J. Pediatrics 1978, 92, 1011.

A vasopressin érzékeny diabetes insipidus (DI) kezelés gyermekkorban különösen nehéz a terápiás érzékenység és mellékhatások miatt. Ebben a tanulmányban a szintetikus 1-deamino-8-D-arginin vasopressin (DDAVP) hatását vették össze az olajos pitressin tanáttal, a clofibrat (Miscleron) és a (Tegretol, Stazepin) hatásával 15 olyan gyermekben, akik részleges, vagy teljes centrális DI-ben szenvedtek.

Másfél és 16 év közötti gyermekeket vizsgáltak $1/4$ —9 éven át. A diagnózist vízmegvonási testtel támasztották alá. 7 esetben a DI aetiológiája igazolható volt (histiocytosis X, craniopharyngeoma, pinealoma, septo-optikus dysplasia), 8 eset idiopathiás.

7 beteget olajos pitressinnel kezelték (2,5—5 E minden 24—36 órában) 8 esetben clofibráttal, vagy carbamazepinnel — esetleg mindkettővel. (Clofibrat: 1—2 g/die, carbamazepin: 200—400 mg/die, 8 óránként.) Minden vizeletmintát mértek térfogat, fajsúly, és osmolaritás szempontjából, és mérték a serum Na koncentrációját és osmolaritását. 13 beteg kapott speciális katéteren át intranasalisán DDAVP-t, és az előzők mellett 30 percnként mérték a cortisol, a növekedési hormon és prolactin szintjét is. Kezdő dosisa 1,25—2,5, vagy 5 ng volt. A vérnyomást, pulzust, vörsejtszámot, májfunctiót monitorizálták. Kontrollként 16 hasonló korú gyermeket kezelték hypophysis elülső lebeny dysfunctióval — DI jelenléte nélkül. A statisztikai elemzést t-teszt segítségével végezték.

A kontroll csoport vizelet mennyiségének átlaga 1 liter, a nem kezelték átlaga 5,4 liter. Pitressin terápiára 1,1 literre, DDAVP hatására 1,6 literre csökkent ($p < 0,04$). Clofibrat és carbamazepin kevésbé volt hatásos (2,2 liter), és nem szüntette meg a nocturiát. A DDAVP-val kezeltéken az éjszakai vizelet megszűnt. A pitressin és a DDAVP hatásosan növelte a 24 órás vizelet osmolaritását (566, 462 mOsm/kg), a clofibrat és carbamazepin kevésbé (270). A DDAVP hatásának maximumát 3—8 óra között érte el, és hatásának megszűnése hirtelen volt. A serum osmolaritás 275 mOsm/l, a natrium

koncentráció 135 mEq/l alatt volt.

A hatás időtartama pitressin esetében 24—36 óra, clofibrát és carbamazepin esetében 8 óra, DDAVP-nél 8—20 óra volt. A DDAVP további dózis-növelése sem növelte hatásfokát (max. 20 ng).

A DDAVP alkalmazása nem okozott változást az STH, cortisol és prolactin szintekben.

A pitressin injekció fájdalmas volt, és 3 esetben helyi reakció okozott, minden esetben az STH-val szemben antitesteket fejlesztett ki, melyek a terapia megszüntetése után akár 1 évig is perzisztáltak. A clofibratnak nem volt mellékhatása, az anticonvulsiv szerként ismert carbamazepin álmoságot okozott. A DDAVP volt a kezelés legjobban tűrhető formája. Nem okozott változást a vérnyomásban, nem okozott fejfájást, hasfájást, és minden beteg probléma nélkül elfogadta.

Kedvező tapasztalataik alapján a szerzők megállapítják, hogy a DDAVP a leghatásosabb és legelfogadhatóbb formája a centrális, részleges vagy komplett DI-ben szenvedő gyermekek kezelésének. Adagolása egyszerűbb, mint a pitressiné. Az orális hatóanyagoknál hatásosabb, és megszünteti az éjszakai vizeletet. Mivel hatástartama rövidebb mint a pitressiné, kisebb a túlhidrálás veszélye.

A komplett DI-ben szenvedők több DDAVP-t igényelnek. Általában a gyermekeknek kisebb dózis szükséges, mint felnőtteknek, de nincs kapcsolat a testsúly, kor és a szükséges DDAVP adagja között. A garatba kerülve hatástalan. A betegek legjobban ellenőrizhetők napi 2 dózis esetén: reggel 5—15 ng, este 2,5—7,5 ng.

Molnár József dr.

Vásároljon közvetlenül a Medicortól!

Mintaboltunk az orvostechnikai termékek széles választékával áll a gyógyítás szolgálatában:

- operációs mikroszkóp
- baktericid és vizsgáló lámpa
- ionizátor, valamint
- kéziműszerek
- 1 csatornás direktíró EKG készülék
- automatikus vérnyomásmérő
- sürgősségi táska
- orr-fül-gégészeti komplett táska

Dolgozóink szakmai és kereskedelmi információkkal állnak vásárlóink rendelkezésére.



Medicor Művek Mintaboltja:

Budapest V., Aranykéz u. 2.

Nyitva: 9—16 óráig



KÖNYVISMERTETÉS

Wildmeister, W.: Zytodiagnostik der Schilddrüse. Beitrag der Feinadelbiopsie zur Diagnostik von Schilddrüsenerkrankungen. F. K. Schattauer Verl. Stuttgart—New York 1977, 84 oldal. Ára: DM 29,—

A klinikai diagnosztikában ma már jelentős szerepet töltenek be a cytologiai vizsgálatok. A vizsgált szövetről a sejtdiagnosztika fontos adatokat szolgáltathat még a műtét előtt, noha azt nem szabad összecsérélni vagy azonosítani a histológiai diagnózissal. Egyszerűségénél fogva azonban egyes pajzsmirigybetegek kórismézésében a vékonytű biopsia mind nagyobb jelentőségre tett szert az utóbbi években. A szerző 4015 eset kapcsán számol be tapasztalatairól, 444 esetben pedig összehasonlítta a pajzsmirigy aspiratum és a histológiai vizsgálat eredményeit.

A monográfia bevezető része részletesen foglalkozik a vékonytű biopsia technikájával, a festési eljárással. A tű-biopsia előnye, hogy ambulánsan gyorsan elvégezhető. A szerző szövőd-ményt alig észlelt; a 4015 esetből csak egy esetben volt tályogképződés, valamint egy anticoagulans kezelésben részesült betegen észlelt erősebb utóvérzést. A vékonytű-biopsia elvégzése előtt a részletes anamnesis és fizikális vizsgálat jelentőségére, valamint a szcintigráfia, szükség esetén a röntgenvizsgálat elvégzésére hívja fel a figyelmet. „Hideg”, tömött, kemény göbök esetében feltétlenül javasolja a vizsgálat elvégzését. Hasonlóképpen ajánlatos a vékonytű-biopsia műtét utáni recidív strumásokon. A pajzsmirigygyulladásos megbetegedéseinek a gyanújakor azonban elsősorban más laboratóriumi vizsgáló eljárások elvégzését ajánlja.

A cytologiai eredményeket négy csoportba osztja. Az első csoportba tartoznak azok az esetek, melyekben pajzsmirigysejteket nem lehet kimutatni, és így cytológiai diagnózis nem állítható fel. Ide tartoznak elsősorban a pajzsmirigy cystás betegek. A következő két csoportba azokat az eseteket sorolja, amelyekben vagy normál thyreocyta, vagy gyulladáso, illetve degeneratív elváltozásokat észlelt. Legnagyobb jelentősége azonban annak a csoportnak van, amelyben a sejtanomáliák, atipusos sejtek, a sejtmagvak nagyságának nagy mérvű változatossága rosszindulatú elváltozások gyanúját kelti, ill. ahol egyértelműen daganatsejtek mutathatók ki. Az utóbbi csoport értékelésekor azonban a szerző felhívja a figyelmet arra, hogy megelőző radiojod,

vagy thyreostatikus terapia, a sejtek röntgenbesugárzása megváltozott cyto-morphologiai képet nyújtanak; az anamnesis ezekben az esetekben nélkülözhetetlen segítségét nyújt.

A szerző tapasztalata alapján a thyreoiditist nem tartja a vékonytű-biopsia indikációs területének. Ebben az esetben szükség esetén próba exstirpatio elvégzését javasolja. A szcintigrammon észlelt „hideg” göbök legnagyobb része pajzsmirigy-cystára vezethető vissza. Vékonytű-biopsiával ezt könnyen kimutathatjuk, s így a műtetre kerülő esetek számát csökkenthetjük. Műtėti beavatkozásra csak a nagy vagy recidív cysták esetében van szükség.

Atipusos sejteket fiatalokon és időseken gyakrabban észlelt mint középkorúakon. A malignus pajzsmirigybetegekben szenvedők 98%-ában a thyreoida szcintigrammon csak egy „hideg” göb volt kimutatható. Multinodularis elváltozások esetében rosszindulatú elváltozást csak ritkán észlelt.

Az esetek egy részében összehasonlította a vékonytű-biopsiával nyert cytologiai képet a histológiai diagnózissal. A vékonytű-biopsia találati biztonsága 89%-nak bizonyult, vagyis a két vizsgálat eredménye azonos volt. 47 malignomára gyanús esetben viszont a histológiai kép benignusnak bizonyult, cystosus-regresszív elváltozások voltak kimutathatóak. A histológiailag bizonyított malignomák esetében viszont a cytodiagnosztika már az eseteknek a 98%-ában a műtét előtt felhívta a figyelmet a malignus elváltozás lehetőségére. Begyakorolt vizsgáló esetében pedig az „ál-negatív” esetek száma (tehát, ahol a malignoma ellenére negatív a cytologiai kép) 2% alá szorítható. Szerző mégis felhívja a figyelmet arra, hogy a vékonytű-biopsiával nyert preparatum cytologiai vizsgálata a diagnosztikus programnak csak egy részét képezheti, és a pajzsmirigy malignoma klinikai gyanújakor a műtétet nem szabad késlekedni. Ugyanakkor minden esetben, a cytologiai vizsgálatkor sejtanomáliát, malignus elváltozásra gyanús eltérést észlel, műtétet ajánl.

A monográfia értékét növelik az ismertetett kazuistikák és a sok szép színes ábra, valamint a 179 irodalmi adat. A könyv jó szolgálatot tesz az újabb pajzsmirigy diagnosztikus vizsgálat elterjesztésében, az indikációs terület megadásában és a vizsgálati eredmények helyes megítélésében.

Földes János dr.

Savić B.: Allgemeine klinische Untersuchungen. Springer-Verlag, Berlin—Heidelberg—New York, 1978. 258 oldal, 179 ábra. Ára: DM 48,—

A tanulságos és nagyon hasznos könyvet Savić főorvos szerkesztette. Mind ő maga, mind pedig szerzőtársai közül tizenötön a Bonn-Venusbergi egyetemen működnek, részben mint tanszékvezetők, részben mint docensek, illetve tanársegédek. A szerzőtársak közül négyen egyéb munkahelyeken dolgoznak. Az NSZK-ban az új approbációs rend a propedeutika helyett olyan tananyag bevezetését írja elő, ami a műtėti és nem-műtėti szakmák általános klinikai vizsgálati módszereit foglalja össze. A szerzők munkája ezt a célt igyekezett megvalósítani, fedéseket elkerülve, de lehetőség szerint minden lényegest felölelve.

Úgy véljük, a mű jellemzését legjobban az egyes fejezetcímek felsorolása szolgálja. Ezek a következők: 1. A kórelőzmény felvétele. 2. Bőrgyógyászati és venerológiai vizsgálatok. 3. A szem vizsgálata. 4. Az orr, fül és a gége területén végezhető vizsgálatok és működési próbák. 5. A nyak vizsgálata. 6. A mellkas. 7. A szívbeteg klinikai vizsgálata. 8. A vérértékek vizsgálata. 9. Vérnyomás-mérés. 10. A has vizsgálata. 11. A nőgyógyászati vizsgálat. 12. Az urológiai beteg klinikai vizsgálata. 13. A gerincoszlop. 14. Végtagok. 15. A neurológiai vizsgálat. 16. A gyermek vizsgálata. 17. A sürgősségi betegellátással kapcsolatos vizsgálat

A szerzők elsősorban azokat a vizsgáló eljárásokat tárgyalják legbővebben, melyeket az orvos minden műszeres segédeszköz nélkül elvégezhet. Mindezt kitűnően megrajzolt és könnyen értelmezhető ábrákon szemléltetik. Ha valaki pl. soha sem látott mások által kiváltott és a pyramis-pálya sérülését jelentő Gordon- vagy Oppenheim-reflexet, a könyv ábráiból tökéletesen elsajátíthatja azokat. Különösen tanulságos, az orvos számára annyira fontos, hasi vizsgálatokat bemutató fejezet. Itt nemcsak az egyes tapintási módszerek kivételét, hanem azt is tárgyalják, mikor kell azokat alkalmazni és a különböző vizsgálati módoktól mi várható. A hasi szervek megbetegedései esetén jelentkező fájdalom kisugárzási helyeit, a gyakori és kevésbé gyakori sérüléseket nemcsak rajzokon, hanem az ábrákkal maradéktalanul egyező szövegmagyarázatokban ismerheti meg az olvasó. Erre a fejezetre különösen jellemző az a rendszerezés, az egyes tüneteket és leleteket szigorúan értékelő és mindent „a megfelelő helyre” tevő alaposság, ami egyébként az egész mű sajátossága is. Jó példa erre a kórelőzmény felvételét tárgyaló része, ami nemcsak egész lélektanát említi e fontos orvosi ténykedés-

nek, hanem felhívja a figyelmet arra is, hogy az orvos mutakozzon be, a beteg kényelmesen üljön vagy fekvődjön, harmadik személy jelenléte, a beteg orvos iránti bizalmát megalapozó, eme munkát ne zavarja. Az orvos kérdései legyenek a beteg által megítélhetően is szakszerűek, célratorok, lényegiek. Ez a módszer alkalmas a beteg bizalmának megnyerésére, ami különösen fontos a nem szabadon választott orvos esetében. Kerülendők az olyan „miért-kérdések”, melyek a betegben ellenállást vagy éppen büntudatot kelthetnek stb.

Minden diagnosztikai természetű könyv problémája, milyen mélységig utaljon a tünetek és leletek alapját adó kórbonctani, kórélet-tani háttérre. A szerzők munkája ezt a feladatot is, terjedelme arányában, helyesen oldja meg. Jól szerkesztett táblázatok tüntetik fel pl. a mellhártyaűrben keletkező folyadékgyülem, vagy a kétkezes nőgyógyászati vizsgálattal észlelhető „tumor” lehetséges okait, hogy kiragadottan legalább ezt a két példát említem. A 179 ábrán kívül a fentiekhez hasonló számos táblázat gazdagítja a könyvet, jó tájékozódást nyújtva az orvost érdeklő legkülönbözőbb fontos kérdésekről, legyen az az audiogram-mok értékelése vagy a csecsemő és gyermek testméret és testsúly átlagainak feltüntetése.

Ritkán olvasható a sürgősségi ellátást igénylő „acut beteg” vizsgálatának olyan magvas összefoglalása, mint e munka 17. fejezetében. A „sürgősség”-et egyébként mind baleset következtében, mind pedig belgyógyászati okokból előálló esetekre egyaránt értik. A „halál” diagnosztikája zárja be ezt a fejezetet s egyszersmind a könyvet is. Az utolsó mondatok az „agyhalál” és a „biológiai halál” ismérveit taglalják.

A magyar olvasó örömmel bukkan a róla elnevezett műfogás kapcsán Jendrassik nevére. A Korányi—Grocco—Rauchfuss-féle háromszöget, sajnálatosan még nevek nélkül sem tárgyalják.

A könyv, német nyelvet értő orvosnak, elsősorban az általános betegellátásban ténykedőnek ajánlható. Haszonnal tanulmányozhatják azt németül tudó orvosanhallgatók is.

Vereckei István dr.

Antalóczy Zoltán, Kárpáti Pál (szerk.): **Myocardialis infarctus.** Medicina, Bpest., 1978, 558 oldal, 240 ábra, 34 táblázat, ára: 148 Ft.

A monographia a szívinfarctus kérdéseit széles megvilágításban tárgyalja. Az egyes fejezeteket három intézmény, az OTKI, az Országos Kardiológiai Intézet és a Szegedi Egyetemi Gyógyszertani Intézet vezetői és munkatársai írták: 25 szerző közül 16 az OTKI tanszékein, 7 az Országos Kardio-

lógiai Intézetben és a 2 Szegedi Gyógyszertani Intézetben szerzett tapasztalatait foglalja össze. A nagyarányú munkát 5 cardiológus szaklektor segítette. A szerkesztők 43 fejezet egységesítésére törekedtek. A monográfia nemcsak a szoros értelemben vett szívinfarctussal foglalkozik, hanem igen sok olyan kiegészítő ismeretet is tartalmaz, amelyek hasznosak lehetnek a szívizominfarctus kórfejlődésének és pathophysiológiájának alaposabb megértéséhez.

1. Részletes orvostörténeti bevezetés után (Gábor Gy.) az ingervezető rendszer anatómiájának ismertetése következik (Virágh Sz.); ez utóbbi morfológiai fejezet a legújabb elektronmikroszkópos vizsgálatok eredményeit is tartalmazza. A szívizom metabolizmusát és elektromos tevékenységét Papp Gy. elsősorban a transmembran-ionáramok alapján tárgyalja. Ezt követik a hypoxiás állapotok pathophysiológiájáról (Antalóczy Z.), a koszorúérrelzárdás metabolikus zavarairól (Kárpáti P.), az experimentális myocardialis infarctusról (Préda I.), az ischaemiás szívizomelváltozások morfológiájáról (Magyar E.) és a myocardialis infarctus functionális pathológiájáról (Antalóczy Z.) szülő fejezetek.

2. A munka második része 107 oldalon az angina pectorisszal foglalkozik. A klinikumról és a pathomechanizmusról szülő fejezet az angina pectoris kórszerű szemléletéről, az újabb fogalmakról — stabil és instabil angina, angina pectoris varians = Prinzmetal angina, szívizomfal dyskinesis, ventriculari asynergia, functionalis distensibilitási zavar — (Gábor Gy.) tájékoztat. Az EKG fejezetekben a nyugalmi és a terheléssel provokálható klasszikus jeleken kívül a Frank f. elvezetésekkel, a polarizációval és a triaxikardiometérrel nyert eredményekkel (Antalóczy Z.) is megismerkedhet az olvasó. A diagnosztikus módszerek között megtalálható az echocardiographia (Lengyel M.) és coronarographia (Berentey E.) ismertetése, ezen módszerek jelentőségének megfelelő terjedelemben. A sokat vitatott „intermediér” coronaria-syndroma” kérdéséről Strausz I. fejti ki álláspontját. Az angina pectorisszal foglalkozó részt a belgyógyászati (Békés M.) és sebészeti kezelés (Lónyai T.) lehetőségeinek részletes, kritikus ismertetése egészíti ki.

3. A harmadik rész, 322 oldal terjedelemben tárgyalja a szorosabb értelemben vett myocardialis infarctus epidemiológiáját, a riziko faktorokat, a symptomatológiát, a praehospitalis szakot. A praehospitalis szak az érdeklődés előterében áll, a praehospitalis szakban alkalmazott szakszerű ellátás a beteg részére sorsdöntő lehet (Gábor Gy.). Igen részletesek a szív elektromos működésének vizsgálatával

— EKG vektorcardiographia, számitógépes analízis — (Antalóczy Z., Barcsák J.), a mechano-phono-graphiával (Kékes E.), a klinikai-kémiai eltérésekkel (Endrőczy E., Kárpáti P.) és a haemodynamikával (Kiss B., Keltai M.) foglalkozó fejezetek. Ezt a részt az intensív coronaria átomások felszerelésének, működési problémáinak (Harsányi Á.) és a szívinfarctus basis-therápiájának (Ács É.) tárgyalása zárja le.

4. A negyedik részben 147 oldalon az infarctus szövdményei kaptak helyet. Harsányi Á., az OTKI II. Belklinikájának beteganyagán mutatja be az egyes szövdmények gyakoriságát. A szövdmények döntően befolyásolják a prognoszt. Ebben a beteganyagban az anteroseptalis infarctus viszonylag jóindulatú volt (mortalitás: 4,9%), az extensív mellőfali infarctus mortalitása viszont 49%. A myocardialis infarctusban kialakuló arrhythmiai elektrophysiológiáját Szekeres L. experimentalis eredményeivel világítja meg és arra a megállapításra jut, hogy a korai arrhythmiai kifejlődésében fontos szerepet játszik a göcön kívül eső, ép szívizom átmeneti sympathikus tónus-változása is. A coronaria occlusio után közvetlenül be-következő arrhythmianak rendkívül nagy gyakorlati jelentősége van. A korai arrhythmiai leküzdése a prognosztis javításának egyik legfontosabb feltétele. Az ingerképzési zavarok felismerése és kezelése (Kékes E.) után az atrio-ventricularis blockok ismertetése következik; ez a fejezet a profilaktikus pacemaker indiciókat a régebbi felfogáshoz képest kiszélesítve tárgyalja; ez megfelel az irodalomban jelenleg uralkodó felfogásnak (Horányi P.). Az Adams—Stokes-syndroma ismertetése után a szarblockok és hemiblockok, valamint a WPW-syndroma elektrokardiológiájáról és prognosztisáról szülő fejezetek következnek (Antalóczy Z.). Az újabb EKG ismeretek segítségével az elektrokardiogramm olyan régebben fennálló block esetekben is diagnosztikus értékű lehet, amikor különben a klinikus csak az enzim meghatározások eredményeire támaszkodhatna; a már meglevő Tawaraszarblock EKG képe az infarctus fellépte után jellegzetesen megváltozhat. Az egyéb szövdményeket — heveny bal kamra elégtelenség, cardiogen shock, szívrupturák, pericarditis — (Kárpáti P.), szív aneurysmák (Romoda T.), emboliák (Préda I.) és a reanimációs eljárásokat (Harsányi Á.) külön fejezetek tárgyalják.

5. A mű ötödik, aránylag rövidre szabott része a prognosztis, a rehabilitációval, az infarctuson átesett beteg teherbíróképességének megítélésével és gondozásával foglalkozik.

A myocardialis infarctus a modern orvostudomány egyik legfon-

tosabb problémája. A monographia jelentős segítséget nyújthat ennek a betegségnek és kezelésének alaposabb megismeréséhez.

Az egyes fejezetek bőséges irodalomjegyzékében a hazai szerzők fontosabb munkáira való hivatkozások is megtalálhatók. A könyv kiállítása attraktív, az ábrák szépek, a kötet a Medicina Könyvkiadó nagyvonalúságát is tükrözi.

Szám István dr.

Kratochwil A., Reinold E.: Ultraschalldiagnostik. Geminsame Tagung der deutschsprachigen Gesellschaften für medizinische Ultraschalldiagnostik. Dezember 1977, Wien. 354 old. 269 ábra, 69 tábla. Georg Thieme Verlag Stuttgart. 1978. Ára: DM 69,—

Az orvosi ultrahang diagnosztika német nyelvű társaságainak bécsi ülésén 111 előadás hangzott el. Ezek rövid kivonatát tartalmazó könyv 13 fejezetre tagozódik.

1. **Fizika és technika.** E csoportban 9 előadás hangzott el, melyek főleg a hangfejek változtatásával, tökéletesítésével, ill. a különböző mérési eljárások javításával foglalkoznak.

2. **A koraterhességgel** szintén 9 előadás foglalkozott. *Weiler és Reinold* a petezsákot 3 átmérő mérésével, növekedésében megfigyelve megállapítják, nem mindegyik átmérő nő egyenletesen, néha az egyik vagy másik átmenetileg lelassul, esetleg megáll. Fontos tehát mindhárom átmérő folyamatos ellenőrzése, mert csak így differenciálható el a növekedés időleges csökkenése a retardációtól. *Keramopoulos és mtsai* 154 koraterhes vizsgálata alapján megállapítják, hogy a terhesség kimutatására, a terhességi idő meghatározására, valamint a kóros terhesség identifikálására az ultrahang-technika szinte 100%-ig alkalmas. *Stein, Wentz, Rücker, Herbertz* kutató csoport 3 előadásban foglalkozott a magzatmozgások Doppler-eljárással történő kimutatásával.

3. **A késői terhesség** 13 előadással szerepelt. *Wladimiroff és mtsai* az anyai hypo- és hyperkapnia, valamint az intrauterin magzati légzési mozgások között összefüggést kimutatni nem tudtak. *Kucera és mtsai* 36 esetben 2000 vizsgálatot végezve azt találták, hogy a magzat elfordulásában szerepet játszik a placenta lokalizációja mellett, a magzatvíz mennyisége és a köldökzsinór hossza is. Három előadás foglalkozott a magzati biometriával. Újabb paraméterek mérésével, újabb számítási képletekkel igyekeznek az eredményeken javítani.

4. **Nőgyógyászati** vonatkozásban 6 előadás hangzott el. *Hackelöer és Robinson* a petefészkek folliculus növekedését figyelték az ovulatóig és a sárgatest kialakulásáig. *Meyenburg* megállapítása szerint

méhenküli terhesség kórismézésére az ultrahang nem alkalmas. *Schönschwetter és mtsai* szerint a „real-time-scan” methodikával a tumor mobilitása is vizsgálható. *Schlensker és Weymar* 42 esetben diagnosztizált méhtráktot és a hisztológia ezt 40 esetben igazolta.

5. **A pancreas vizsgálata** alkotta a következő csoportot 6 előadással. *Rettenmaier*: a pancreas carcinoma sonográfiás találati biztonsága 85%. *Weiss és mtsainak* 39 beteg közül, 38 esetben sikerült ultrahang vezetéssel mellett finomtű pancreas biopsiát végezni.

6. **E fejezet** 11 előadásban a *máj és eperendszerrel* foglalkozik. *Frank és mtsai* ismertették a sonográfia és a scintigráfia előnyeit és hátrányait. Legjobb a két eljárást kombinálni. *Roters és mtsai* a sonografiát előnyben részesítik, mert többször ad helyes eredményt és egyben tájékoztat a nyirokcsomó, mellékvese metastasisokról, tumor recidiváról. *Weiss* szerint echografiával már korán felismerhetők, a klinikai panaszokat még nem okozó, intrahepatikus vérzések és haematoma képződések.

7. **A vese és prostata** vizsgálatával 9 előadás foglalkozott. *Seitz és mtsai* szerint a vesetumor diagnosztikában ultrahanggal jobb eredmények érhetők el, mint iv. urographiával, úgyszintén az avascularis tumoroknál is. Sonografiával az angiografia indikációját precízebbé lehet tenni. *Loch és mtsai* szerint a prosztaták ultrahanggal nem identifikálható. Az adenoma nagysága mérhető és ez segíti a műtéti indikáció felállítását és a postoperatív lefolyás nyomon követését.

8. **A has (általában)** a következő csoport, 11 előadással. Két előadás a computerechografia jelenlegi és a jövőbeni felhasználási lehetőségeit tárgyalja. *Kremer és mtsai* szerint az ultrahang hasznos kiegészítő eljárás, de a gyomor-bél tractus daganatait, kétségtelen a jövőben is, endoscopy és radiológiai úton fogják diagnosztizálni. *Scherer és mtsai* a mellékvese daganatok vizsgálatában 88%-os eredményt értek el és a sonografiát jobbnak tartják mint a scintiphlebo-, vagy angiografiát. *Seitz és mtsai* az ultrahang segítségével végzett finomtű biopsziáról számoltak be. Különösen balesetek utáni folyadékgyülemek kórismézésében hasznos ez eljárás.

9. **Koponya**, 11 előadás. *Grumme és Kazner* az agydaganatok vizsgálatából, 2484 eset analízise alapján megállapítják, hogy a diagnosztikai eredmények jelentősen javulnak ha a szokott bitemporális mellett, a fronto-occipitalis mezőben is végeznek vizsgálatot és a B-scan is alkalmazható. A módszer azonban még így sem kielégítő és a cranialis computertomografiának még csak jövője van. *Till és Hauff* 12 szemet csupán a sonografia alapján enucleáltak és

mindegyik esetben megtalálták az érhártya malignus melanomáját. Főleg akkor hasznos az eljárás, ha különböző betegségek miatt a fundus nem vizualizálható. *Graf és mtsai* trepanatio után, a csonthiányos helyen végeztek 2 esetben sonografiát. Az eljárás hasznos minden olyan esetben, amikor a tumor növekedését, az esetleges belső regresszív elváltozást vagy a cytostaticus kezelés hatását kell nyomon követni, de alkalmas a subdurális empyemák kimutatására is.

10. **Az orthopédia** 5 előadással szerepelt. *Ramach és Kratochwil* szerint orthopédiában az alábbi echovizsgálati indikációk vannak: a csontok és lágyrészek daganatai és daganatszerű megbetegedései, ízületi ömlények, -cysták és -ganglionok, pszoas abscessusok.

11. **csoport** 9 előadása **különböző terület-ről** szólt. *Meissner és Weiss* a pajzsmirigy volumenét mérték és közlik a normál értékeket *Lutz és Ehler* szerint az endokrin tumorok felismerésére a sonografia nem alkalmas. A ráfordítási idő igen nagy, különböző készülékek használata szükséges és kizárólag diagnosztizálni nem lehetséges. Kivétel a jobb mellékvese régió és a pancreas. *Mulz* szerint mammatumoroknál alkalmazása felesleges, csupán akkor jön számításba, ha segítségével elvégezhető punkció az excisiót feleslegessé teszi.

12. **A kardiológia** 14 előadásnak volt a témája. *Schinz és mtsai* haemodinamikai paraméterek mérésére alkalmazták az ultrahangot. *Rücker és mtsai* a perikardialis folyadékgyülemek kimutatásával és mennyiségének mérésével, *Wester és mtsai* akut bakteriális endokarditisben a mitralis billentyűk felrakódásainak diagnosztikájával, *Pfefferkorn és Domonick* a septum megvastagodásának kimutatásával foglalkoztak.

13. **Angiologia**, 2 előadás. *Klein megállapítása* szerint az ér echografia lehetővé teszi az arteriális rendszer, különösen a cerebrális keringés szakaszainak egyszerű, atraumatikus, kockázatmentes vizsgálatát. A pulzusgörbék regisztrálhatók, analizálhatók, az érátmérők pontosan mérhetők, az érfaalak és azok mozgása vizsgálható. *Kaliman és mtsai* hasznosnak tartják a Doppler sonografiát az art. carotis stenosisának felismerésében és a rekonstrukciós műtét utáni ellenőrzésben.

A százon felüli előadás mindegyikének bemutatása nem látszott indokoltnak és csak növelte volna az ismertetés amúgy sem rövid terjedelmét. Az előadások igen lerövidített kivonatai inkább csak arra alkalmasak, hogy felhívják az olvasók figyelmét az echografia újabb lehetőségeire és használhatóságára, valamint a nehézségekre és határaitra is.

A könyv egyszerűen kiállított, jól rendszerezett és képekkel bőven illusztrált.

Kiss Dezső dr.



A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1979. szeptember 17-én du. 2 órára tűzte ki

GACHÁLYI BÉLA DR.

„A mikroszomális gyógyszermetabolizálás; a renin-angiotenzin rendszer kapcsolata” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Kistermében.

Az értekezés opponensei:

Horváth Tünde dr., az orvostudományok kandidátusa

Török Eszter dr., az orvostudományok kandidátusa.

A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1979. szeptember 18-án du. 2 órára tűzte ki

GOSZTONYI GYÖRGY DR.

„Két vírusencephalitis fény- és elektronmikroszkópos patológiája” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Nagytermében.

Az értekezés opponensei:

Gallai Margit dr., az orvostudományok kandidátusa

Fornosi Ferenc dr., az orvostudományok kandidátusa.

A TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága 1979. szeptember 19-én du. 2 órára tűzte ki

PÁCSA SÁNDOR DR.

„A méhnyak-carcinoma és a herpesvírus kapcsolata” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Kistermében.

Az értekezés opponensei:

Benczúr Miklós dr., az orvostudományok kandidátusa

Gergely Lajos dr., az orvostudományok kandidátusa.

A TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága 1979. szeptember 20-án du. 2 órára tűzte ki

RÉTHY LAJOS DR.

„A fertőző betegségek eradikációjának modellje” c. doktori értekezésének nyilvános vitáját az MTA Nagytermében.

Az értekezés opponensei:

Szeri Ilona dr., az orvostudományok doktora

Csaba Béla dr., az orvostudományok doktora

Erdős László dr., az orvostudományok kandidátusa.

A TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága 1979. szeptember 21-én du. 2 órára tűzte ki

BÁNOS ZSUZSANNA DR.

„A lymphoid rendszer hypertrophiáját okozó anyagok hatása a lymphocytás choriomeningitis vírusfertőzés lefolyására egerekben” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Nagytermében.

Az értekezés opponensei:

Molnár Erzsébet dr. az orvostudományok kandidátusa

Réthy Lajos dr., az orvostudományok kandidátusa.

A Fővárosi Bajcsy-Zsilinszky Kórház Tudományos Bizottsága 1979. szeptember 24-én délután 2 órakor a kórház tanácstermében (X., Maglódi u. 89.) tudományos ülést tart.

1. **Márkos Ágnes:** Pyelonephritisről (20 perc).

2. **Perényi Tamás:** Az ingerületvezetési zavarok gyakorisága és diagnosztikai jelentősége a primer cardiomyopathiákban (20 perc).

A Pécsi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szaksoportja 1979. szeptember 24-én délután 4 órakor Pécsen, az Orvostudományi Egyetem Központi Épületében **Baranyai Dietetikai Napot** tart.

Mózsik Gyula: Bevezetés (5 perc).

Rigó János (Bpest): A dietoterápia helye és szerepe a gyógyító orvostudományban (20 perc).

Zajkás Gábor (Bpest): A régi és új dietoterápiái elvek találkozása napjaink betegellátásában (20 perc).

Simon Gergely (Bpest): Nagy teljesítményű konyhagépek alkalmazása a kórházi konyhatechnológiában (20 perc).

Ronczy Tiborné: A betegélelmezés modernizálásának aktuális kérdései (10 perc).

Bakó Márta, Varga Levente: A coeliákiás gyermekek dietoterápiája (10 perc).

Nagy Lajos, Vass Attila, Mózsik Gyula: Klinikai vizsgálatok laktose-bontott tejpor készítménnyel (10 perc).

Jávör Tibor: A Pécsi OTE dietetikai szolgálatának eddigi működése (5 perc).

Az Országos Munka- és Üzemegészségügyi Intézet 1979. szeptember 25-én (kedd) 14 órakor Budapesten, az intézet III. emeleti tanácstermében (IX., Nagyvárad tér 2.) tudományos ülést rendez.

1. **Ács Tamás:** Mutáció és szelekció hatása populációkra (45 perc).

2. **Rodics Katalin:** Kémiai anyagok mutagen tesztelése *Drosophila melanogaster*-en — a meta-xilol vizsgálata Muller-5 módszerrel (15 perc).

A Csepeli Orvosok Tudományos Köre 1979. szeptember 26-án (szerda) délután fél 2 órakor a XXI. ker. Szakorvosi Rendelőintézet kultúrtermében tudományos ülést tart.

Puskás Ernő dr.: A laparoscopia jelentősége a nőgyógyászatban.

Fraknóy Klára dr.: A thrombosis újabb laboratóriumi vizsgálata.

A Főv. Tan. Weil Emil Kórház-rendelőintézet Tudományos Köre 1979. szeptember 26-án, szerdán du. 2 órakor a kórház kultúrtermében (XIV. Uzsoki u. 29.) tudományos ülést tart.

Üléselnök: **Bokody György dr.**

Csengödy József dr.: Vascularis eredetű acut bélhalálosok.

Csengödy József dr.: Carotis interna keringési zavarok.

Érdi Antal dr., Mészáros István dr., Rigler András dr.: Astrup-vizsgálatok felső hasi műtétek után.

Érdi Antal dr.: Vér heparin szint vizsgálata subcutan adott natrium és calcium heparin adása után.

A Központi Állami Kórház Tudományos Bizottsága 1979. szeptember 27-én 14 órakor Budapesten, a kórház könyvtárában (XII. Kútvölgyi út 4.) kerekasztal-konferenciát tart.

Téma: **A tüdő-oedema korszerű terapiája.**

Moderátor: **Kállay Kálmán dr.**

Résztevők: **Rétsági György dr., Miklós György dr., Pálos László dr., Újvári Ferenc dr.**

A Magyar Rehabilitációs Társaság Pszichiátriai Szekciójának és az Ideg-Elmeorvosok Társasága 1979. szeptember 27—28—29-én Szekszárdon, a Művelődési Központban „A foglalkoztatás többlépcsős rendszere” címmel vándorgyűlést rendez.

1979. szeptember 28., 10 óra

Megnyitó és plenáris ülés **prof. Tariska István** elnökletével.

Pertorini Rezső dr.: Kreativitás és személyiség.

Kuncz Elemér dr.: A tartós zártosztályi hospitalizáció veszélyei.

Tringer László dr.: A foglalkoztatási terápia kapcsolatrendszerei.

Goldschmidt Dénes dr.: Foglalkoztatás a terápiás közösségben.

Füredi János dr.: A többlépcsős foglalkoztatás helye a progresszív betegellátásban.

1979. szeptember 28., 15 óra

„A” szekció

Gazdasági, szervezési kérdések.

„B” szekció

Művészeti és kreatív terápiák módszertana.

„C” szekció

Foglalkoztatás terápiák módszertana.

1979. szeptember 29., 9.30 óra

A Szekszárdi Kórház és rehabilitációs osztály megtekintése.

11.00 óra

Plenáris záróülés

A résztémák iránt érdeklődők jelentkezhetnek (korlátozott számban) 10 perces előadás tartására.

A Magyar Belgyógyász Társaság Északkelet-magyarországi Szakcsoportja 1979. szeptember 20–21-én Miskolcon, a Megyei Kórház kultúrtérben tudományos ülést rendez.

1979. szeptember 20., csütörtök

9.00 óra

Szabó István dr. megyei főorvos, Földváry Gyula dr. megyei belgyógyász főorvos, Leövey András prof.: Megnyitó.

9.30 óra

Üléselnök: Leövey András prof.

1. Balázs Cs., Stenszky V., Rochlitz Sz., Szerze P., Kozma L., Leövey A. (Debrecen): 196 Basedow-kóros beteg klinikai és laboratóriumi adatainak analízise.

2. Bányai A., Kávai M., Szegedi Gy. (Debrecen): Az enzimimmunosorbens (ELISA) technikával szerzett addigi tapasztalataink.

3. Lócsey L., Kakuk Gy., Wórum I., Szabó J., Gyarmati J. (Debrecen): Goodpasture-szindrómás betegek komplex intenzív kezelésével szerzett tapasztalataink.

4. Sonkoly I., Deményi M., Szegedi Gy. (Debrecen): SLE és a terheség.

5. Zeltner Gy., Nyárádi A., Kricsfalvi P., Panyi M. (Ózd): Immunstimulatio indukálta pseudo-LE syndroma.

Szünet

Üléselnök: Földváry Gyula dr.

6. Földváry Gy., Varga I. (Miskolc): Vasodilatator kezelés chronicus szívelégtelenségben.

7. Kovács P., Wórum F., Polgár P., Lőrincz I., Lócsey L., Wórum I. (Debrecen): Sinoatrialis vezetési idő mérése pitvari ingerléssel.

8. Zakar G., Szűcs M., Szegedi J. (Nyíregyháza): Invazív diagnosztikus módszerek a ritmus- és vezetési zavarok diagnosztikájában.

9. Molnár K., Bartha E., Kalmár J., Gerzon J. (Kisvárd): Nativ kardiológiai röntgenvizsgálatok jelentősége a vitiumok diagnosztikájában.

10. Hadházy Cs., Rusznák M., Lészko Cs., Magyar V., Szilágyi A. (Nyíregyháza): A hypertrophias obstructiv cardiomyopathia mechanikus és echocardiographiás jellemzői.

11. Rusznák M., Hadházy Cs., Koháry E. (Nyíregyháza): Mecha-

no- és echocardiographiás vizsgálatok mitralis click-telesystolés zörej syndromában.

12. Ferenczi Zs., Csire B., Fekete T. (Miskolc): Adagolt terhelés hatására kialakuló EKG elváltozások coronaria betegeken.

Szünet

15.00 óra

Üléselnök: Rák Kálmán dr.

13. Major L., Bagdán L., Brittig F., Bánlaki Sz. (Berettyóújfalú): Élőben körismézett elsődleges szív-daganat.

14. Varga I., Keresztury S. (Miskolc): Postpartum cardiomyopathia.

15. Kalo E., Katona Z. (Miskolc): Félrevezető tünetekkel járó constrictiv pericarditis.

16. Falvassy Gy., Barna R., Fedor I. (Kazincbarcika): Salmonella isangi által okozott, fatális kimenetelű endo-myocarditis.

17. Zeltner Gy., Panyi M., Nyárádi A., Mezőfi M., Eszenyi G. (Ózd): Obstructiv légzőszavar és béta receptor blokkolók.

18. Soltész P. (Sátorajújhely): Béta adrenerg blokkoló kezelés terheség alatt.

19. Gyulay I., Pádár I.-né (Debrecen): A haemostasis viszonyainak vizsgálata angina pectorisban és myocardium infarctusban.

Szünet

Üléselnök: Kulcsár András prof.

20. Juhász L., Tornay Z., Nagy P. (Miskolc): Az ERCP diagnosztikai jelentősége vizsgálati anyagunk alapján.

21. Szőör J., Schrádi O., Szentesi M. (Debrecen): Acut gastrointestinalis vérzések miatt végzett fiberoscopos vizsgálataink értékelése.

22. Szigethy J., Karátson D., Oláh V., Szabó E. (Miskolc): Urgens endoscopos vizsgálataink értékelése.

23. Nagy I., Györffy Á. (Debrecen): Az operált gyomor betegségeinek radiológiai és endoscopos diagnosztikája.

24. Csák L., Váci I., Juhász L., Kassay L. (Miskolc): Chronikus aktív hepatitis betegek komplex utánvizsgálata.

25. Dalmi L., Hajdú L., Prékopa Á. (Debrecen): Immunopathogenézisű májbetegség kezelésével szerzett tapasztalataink.

1979. szeptember 21., péntek

9.00 óra

Üléselnök: Berkessy Sándor dr.

26. Berkessy S., Radványi G., Molnár I. (Miskolc): A haemophilia helyzete Borsod megyében.

27. Karasz Gy., Csirik F., Vedres A., Görögh S., Szegedi J. (Nyíregyháza): Haematológiai betegek kezelésének és gondozásának öt éves tapasztalatai megyei Kórházban.

28. Udvardy M., Kiss A., Jakó J., Weisz Gy., Rák K. (Debrecen): A serum ferritin szint meghatározásának jelentősége a vasanyagcsere zavarai.

29. Boda J., Tamás E. (Debrecen): „Antiplaetet” (thrombocyták működését gátló) szerek klinikai hatásainak vizsgálata.

30. Bedő Z., Pálóczi K. (Debrecen): Angioimmunoblastos lymphadenopathia-prelymphoma?

31. Radványi G., Karátson D., Sörös K., Kardos G., Berkessy S. (Miskolc): Idiopathiás myelofibrosisban végzett splenektomia tapasztalatai.

Szünet

Poszter — Vita

19 haematológiai, onkológiai, nephrológiai, hepatológiai, farmakológiai témájú dolgozatról.

Üléselnök: Szegedi Gyula prof.

Filmvetítés: Cavinton (Kőbányai Gyógyszergyár).

Szünet

Üléselnök: Prónay Gábor dr.

51. Nagy Gy., Minik K., Ujszászy L., Prónay G. (Miskolc): Carcinoid tumorok gastroenterológiai beteganyagunkban.

52. Szodoray S., Soltész P. (Sátorajújhely): Ascites reinfúzióval szerzett tapasztalataink.

53. Bak G., Sővári M. (Eger): Chylascites és kétoldali chylothorax együttes előfordulása.

54. Trencsényi E., Papp É. (Kazincbarcika): Felnőttkori sprue szindrómás betegünk.

Szünet

15.00 óra

Üléselnök: Szegedi János dr.

55. Pető Á., Lakatos L. (Szikszó): Elhúzódó lázas állapottal járó megbetegedések diagnosztikája és terápiájának problémái.

56. Martics A., Pauker Zs., Kostyál Á., Nagy Zs. (Miskolc): Inku-rabilisnak ítélt onkológiai betegek kezelésének problémái belgyógyászati utókezelő részlegünkön.

57. Pethő Á., Mész M. (Eger): Chronicus veseelégtelenségben szenvedő betegeink kezelése.

58. Bíró B., Boros G. (Miskolc): Ventilációs és légzésmechanikai adatok jelentősége az obstructiv légzésbeszűkülés korai diagnózisában.

59. Csire B., Tegze M., Fekete T. (Miskolc): A mononucleosis infectiosa társulása carditissal és hepatitisz.

60. Hegedűs M., Sővári M., Bak G. (Eger): Az acut intermittáló porphyriáról, saját esetünk kapcsán.

Szünet

Üléselnök: Czirner József dr.

61. Síró B. (Debrecen): A nem steroid gyulladásgátlók a belgyógyászati és reumatológiai gyakorlatban.

62. Ónody M., Fekete T. (Miskolc): Localis lithium kezelés mozgásszervi betegségeknél.

63. Bodolay E., Sonkoly I. (Debrecen): Rheumatoid arthritis és ritka lokalizációjú tbc együttes előfordulása.

64. Szotáczy M. (Miskolc): Felty-syndroma miatt végzett splenectomia.

65. Pethő A., Czirner J. (Eger): Polymyalgia rheumatica esete.

Az ülés bezárása.

TUDNIVALÓK

Vezetőségi ülés az osztályvezető főorvosok bevonásával 1979. szeptem-

ber 21-én 08 órakor a kórház kis előadótermében (Klub).

Vetítési lehetőség: 5×5 cm-es diapozitív és írásvetítő.

Felvilágosítást ad: Szegedy Györgyi dr. Cím: 3526 Miskolc, Megyei Kórház, Szentpéteri kapu, tel.: 13-291/110.

Felhívás!

A Főv. XIII. ker. Tanács V. B. Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézmény 1979. szeptember 20-i tudományos ülése, melyet az 1979. szeptember 9-i (36.) számban közzeltünk, elmarad.

FISONS VEZET AZ ALLERGIA KUTATÁSBAN...

A Magyar Allergológiai és Klinikai Immunológiai Társaság 10. vándorgyűlése alkalmából Kékestetőn a FISONS Ltd, Loughborough, England kiállításon mutatja be az allergia, illetve a reversibilis, obstrukciós légúti megbetegedések területén folytatott kutatásainak legújabb eredményeit. Fisons magyar nyelvű irodalommal dokumentálja a helyes Intal terapia tudományos hátterét és annak klinikai előnyeit.

INTAL A MINDEN EDDIGTŐL ELTÉRŐ KONCEPCIÓ
AZ ASTHMA THERAPIÁBAN

 **FISONS**

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 17 000 példányban

A kiadásért felel Dr. Petrus György igazgató

Telefon: 116-660

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál, a Posta hírlapüzletében és a Posta Központi Hírlap Irodánál (Budapest V., József nádor tér 1., Postacím: 1900 Budapest)

közvetlenül vagy átutalási postautalványon, valamint átutalással a PKHI MNB 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámára.

Szerkesztőség: 1363 Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 325-109, ha nem felel: 327-530/135

Előfizetési díj egy évre 432,— Ft, negyedévre 108,— Ft, egyes szám ára 9,— Ft



79.2559 Tipografika Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

ISSN 0030—6002

INDEX: 25 674

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:

ALFÖLDY ZOLTÁN DR.
BRAUN PÁL DR.
DARABOS PÁL DR.
ECKHARDT SÁNDOR DR.

FISCHER ANTAL DR.

FÜZI ISTVÁN DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR.
PETRI GÁBOR DR.
PETRÁNYI GYULA DR.
SZÁNTÓ GYÖRGY DR.

*

Felelős szerkesztő:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

Munkatársak:

PAPP MIKLÓS DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
BTAGE ZSUZSANNA DR.
WALSA RÓBERT DR.
BUDA BÉLA DR.
HONTI JÓZSEF DR.
VÉRTES LÁSZLÓ DR.

*

120. ÉVFOLYAM

*

38. SZÁM

*

1979. SZEPTEMBER 23.

TARTALOMJEGYZÉK

Trencsényi Tibor dr.:

Az intenzív orvostan távlati perspektívája
és a belgyógyászat 2283

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Vágvölgyi Erna dr., Gyódi Gyula dr.,
Barna Krisztina dr., Tóth Margit dr.
és Prievara Ferenc dr.:

Antenatalis steroid kezelés hatása
újszülöttek bilirubin anyagszeréjére 2289

REFERÁTUMOK

Máthé Valéria dr. és Kassay György dr.:

Pszichofarmakonok plazmaszintjének
és terápiás hatásának összefüggései:
a plazmaszint ellenőrzésének jelentősége 2295

ÚJABB DIAGNOSZTIKAI ELJÁRÁSOK

Bártfai Judit dr., Nádas Károlyné
és Klátyik Mária dr.:

A szérum vasszintjének változása
myocardialis infarctus akut szakában 2303

RITKA KÓRKÉPEK

Korányi György dr. és Kovács Judit dr.:

Phosphorylase-kinase hiány, VI/b típusú
glycogenosis 2305

HORUS

Orvosok és a Nyugat első évfolyamai 2311

A Német Orvos-
és Természettudomány-történeti Társaságnak
budapesti vándorgyűléséről 2313

Az orvostörténelem oktatása
a krakkói egyetemen 2315

Thököly Imre fejedelem megrokkánása 2317

Halottaink 2318

Folyóiratreferátumok 2321

Könyvismertetés 2333

Megjelent 2310

Hírek 2335

Pályázati hirdetések 2339

BISECURIN *tabletta*

ÖSSZETÉTEL

1 tabletta 1 mg aethynodiolum diaceticumot, 0,05 mg aethynil oestradiolumot tartalmaz.

HATÁS

Oralisan alkalmazható ovulatiogátló, anticoncipiens hatású oestrogen-gestagen hormonkombináció.

ELLENJAVALLATOK

Hepatitis utáni állapot, májműködési zavarok, cholecystitis, thrombosis-készség, súlyos organikus szívbetegségek, chronic colitis, diabetes mellitus. Az endocrin mirigyek egyéb betegségei. Malignus tumorok, elsősorban emlő-carcinoma, továbbá lactatio és intolerantia.

ALKALMAZÁS ÉS ADAGOLÁS

A Bisecurin tabletta szedését a menstruatio első napjától

számított 5. napon kell elkezdni és 21 napon át napi 1 tablettát kell bevenni mindennap azonos időpontban, lehetőleg este. Ezt követően 7 nap szünetet kell tartani. Az ovulatiogátló hatás kifejlődéséhez kb. 1 hétre van szükség.

MELLÉKHATÁSOK

Fejfájás, hányinger, mellfeszülés, testsúlynövekedés, bélpanaszok a kúra kezdetén előfordulhatnak, s a későbbi ciklusokban többnyire megszűnnek.

MEGJEGYZÉS: ✱ Csak vényre adható ki és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.

CSOMAGOLÁS: 21 db tabl., térítési díj: 2,90 Ft.



Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest

Az intenzív orvostan távlati perspektívája és a belgyógyászat

Trencsényi Tibor dr.

Schölmerich mainzi belgyógyász, a belgyógyászati intenzív orvostan kiemelkedő személyisége, néhány évvel ezelőtt publikált közleményében írja: „A műteti és konzervatív szakmák között a prae-, intra- és postoperatív szakaszban már eddig is fennállott hatékony együttműködést... az intenzív orvostan teljesen új dimenzióval egészítette ki, a vitalis funkciók veszélyeztetettségének fázisában” (20, 29).

Schölmerich e megállapítása elevenítette fel bennem azt a koncepciót, amelyet egy emberöltővel ezelőtt 1946-ban az Orvosok Lapjában „A műteti szakok belgyógyászata” címen publikáltam. Lényege az volt, hogy az akkortájt csak alkalmilag igénybe vett belgyógyász konziliárius tevékenységét olyan, sebészetben teljes műszakban működő, tapasztalt, egy, de inkább több belgyógyászsal gondoltam felcserélni, aki a beteggel — szó szerint idézve: „... a műtét előtt, a műtét alatt és a műtét után a legszorosabb kapcsolatban van”, majd további feladatait is vállaltam (34). A belgyógyásznak az aktuális konziliáriusi tevékenységen túl sokkal jelentősebb szerepet szántam a műteti szakok és a belgyógyászat közötti együttműködésben, annál is inkább, mert a perioperatív terrénumnak ma sincs teljes értékű gazdája. Ezért írhattam a cikk nyomán kialakult vita zárószavában: „A műteti szakok belgyógyászata — az első olyan speciál szakma, amely nem tagol, hanem összeköt. Nem az orvostudomány további tagozódását szolgálja, hanem éppen ellenkezőleg a specializálódás évtizedei, vagy talán évszázada után a manuális szakokat közelebb hozza testvértudományukhoz, a belgyógyászathoz. A műteti szakok belgyógyászata az első lépés az orvostudomány szintézise felé” (35).

A sebészeti intézetekben teljes műszakban dolgozó belgyógyászok alkalmazásának előnyeit sokkal később mások is felismerték (20). A Lancet szerkesztősége 1970-ben szerkesztőségi közleményében emelte ki a hazai Országos Traumatológiai Intézetet, ahol több belgyógyászt is foglalkoztatnak teljes műszakban (33).

A műteti szakok belgyógyászatának gondolatára azért utaltam, mert benne éppen úgy megtalálható az interdisziplináris együttműködés, mint az intenzív orvostanban.

A Magyar Belgyógyász Társaság nagygyűlésén 1978. november 29-én elhangzott, némileg kiegészített és módosított előadás.

Több mint egy évszázad óta a klinikai orvostan állandóan gyorsuló ütemben, a szakosodás jegyében fejlődött. Századunk dereka óta üteme olyan méreteket öltött, hogy a korszerű orvostan fejlődésében betöltött szerepét a legmesszebbmennyően elismerve, mindinkább előtérbe kerültek azok a hátrányok is, amelyek az összakmák mind nagyobb mérvű felparcellálásából fakadnak. Látunkunk kell, hogy a szakosodás folyamatában mind több speciál ágazatra oszló orvostannal szemben megmarad az egységes egész beteg ember. Korunk orvostanában ez talán a legnagyobb ellentmondások egyike. Ebben az ellentmondásban és az azt feloldani törekvő tendenciákban valójában a modern orvostannak két megoldandó oldala tükröződik: egyrészt a betegközpontúságra, másrészt a túlzottan szakosodott orvostannak integrációra való törekvése. Ezért is kell örömmel fogadni az intenzív orvostant, a specializálódás folyamatának e legfiatalabb hajtását, hasonlóan mint az orvostan organizációjának minden olyan mozzanatát, amely az integrációt szolgálja. Mi klinikusok nem annyira az eu. intézetek szervezeti összevonását, mint inkább az előbbi értelemben vett szakmai együttműködést értjük integráció alatt, amelynek szervezetsége, ésszerű gazdaságos működtetése az agyontagolt modern orvostan sorskérdése.

Az intenzív orvostan történelmi kialakulásának megrajzolásában rendkívül tanulságos Peter Safar, korunk talán legnagyobb anaesthesiológusa nyomán néhány olyan mozzanatra rámutatni, amelyekből kiderül, hogy a resuscitatio egyes elemei az orvostörténelem milyen régmúlt időszakaira nyúlnak vissza. Így Vesalius már a XVI. században intermittáló túlnyomással lélegeztetett és első ízben írta le a kamrai fibrillációt állapotokon. Szülésznők ugyancsak e század óta alkalmazták a szájtól szájba való lélegeztetést. A XIX. században írták le az első sikeres belső szívmasszázszt és elektromos defibrillációt, állatkísérletben. Az első sikeres külső és belső szívmasszázszt emberen a századfordulón végezték (26). Öröndetes, hogy Balassának az Orvosi Hetilap 2. évfolyamában tökéletesen leírt sikeres újjáélesztése (4), ma már a nemzetközi irodalomban is ismert (10, 19) — és ez Kudász érdeme — (16/a). Safar joggal ad csodálkozásának kifejezést, hogy senkinek sem jutott eszébe ezeket a különálló megfigyeléseket koordinálni és összegezni, és két világháborúnak kellett eltelnie, míg két generáció orvostudományi tevékenysége során az intenzív medicina, és benne a reanimáció világméretű elismerést nyert (26, 21).

A veszélyeztetett betegek elkülönített ellenőrzésének és ápolásának gondolata a sebészek körében merült fel először. Kirschner már 1930-ban kíváncsi és sürgősen megoldandónak tartotta a műtött és súlyos betegek külön részlegen való ellátását. Bármilyen ésszerű és előrelátó szemlélet is volt ez, mégis több mint 10 esztendő múlt el, míg 1942-ben megnyílt az első úgynevezett ébredőszoba Rochesterben. A műtött és súlyos betegek ellátásának ez az újabb szemlélete rendkívüli ösztönzést kapott századunk derekán egyrészt a sebészet rohamos fejlődésétől, másrészt a modern anaesthesiológia kialakulásától, amely a curare al-

kalmazásának bevezetésével a műtött és altatott betegek ellenőrzését szinte elengedhetetlenül helyezte előtérbe. Mindezek olyan mértékben tették érdekeltté az anaesthesiológusokat e betegek ellenőrzésében és gyógyításában, hogy túlzás nélkül állíthatjuk, zászlóvivői lettek e még ki nem alakult, de leendő új speciál-szakma fejlődésének. Az amerikai fejlődéstől függetlenül hasonlóval találkozunk a skandináv államokban. A koppenhágai toxikológiai centrum tapasztalatai, majd a nagy poliomyelitis járvány következményeként a légzési elégtelenség terén szerzett ismeretek mérföldkövei a fejlődésnek (16, 17).

A legfejlettebb interdisziplináris intenzív betegellátó osztály kialakulásáig terjedő történelmi folyamat során az intenzív betegellátás számos kezdetibb, ún. subintenzív szervezeti formái működtek és működnek ma is (16, 17). Ezek *nemcsak történelmi periódusokat képviselnek, hanem összességükben egy „progresszív jellegű intenzív rendszert”-t alkotnak.*

E rendszer lényegi struktúrája ma már kialakultnak tekinthető, azzal a kiegészítéssel, hogy egyrészt azt a konkrét kórház építészeti szerkezetének adottságaihoz kell idomítani, másrészt az intenzív orvostan módszertanának gyors fejlődése a máig kialakult rendszeren további változtatásokat tehet majd szükségessé. Ezért a ma intenzív betegellátó rendszere csak rugalmasan kezelhető. Inkább csak megemlítem az ún. ébredőszobát, amely a műtőtraktushoz csatolt olyan megfigyelőszoba, ahol a műtött és altatott beteget felébredésig anaesthesiológiai asszisztens nő felügyelete alatt tartják.

A rendszer leggyakrabban alkalmazott típusa az őrzőszoba, amely mindig osztályhoz csatolt és vezetője az illetékes osztály főorvosa. Ehhez a kategóriához tartoznak a sebészeti — a belgyógyászati — a toxikológiai és más típusú őrzőszobák, továbbá a coronária őrzők. Az utóbbiakban zömmel olyan betegeket figyelnek meg és ápolnak, akik gyakran csak potenciálisan veszélyeztetettek. E betegeket még a legfejlettebb rendszerben is elkülönítetten kell tartani, mert az intenzív betegellátó osztályok zajos, nyugtalan, izgalmas légköre potenciális veszélyeztetettségüket manifeszttá teheti (16, 28).

A rendszer legfelsőbb fokát a multidisziplináris intenzív betegellátó osztály képviseli, amely elsősorban ágyszámában, személyi ellátottságában és felszereltségében jut kifejezésre és adott körülmények között osztályhoz csatolt is lehet (3, 6, 7, 9, 16). Az intenzív betegellátó osztály legalábbis egyik elvi célkitűzésével ütközik az olyan törekvés, amely az integrált osztályt egy betegségre profilírozza (25).

Anélkül, hogy az intenzív betegellátó osztályok építészeti problémáinak részleteibe bocsátkoznánk, csupán néhány adatot tartok szükségesnek hangsúlyozni, nevezetesen azt, hogy alapterületük a mellékhelyiségekkel és folyosókkal együtt ágyanként 40–50 négyzetméter. Az ágylétszámot az irodalomban a kórházi összágylétszám $1\frac{1}{2}$ –2 százalékában, minimumként 6–8, maximumként

16 ágyban adják meg. Az összapterület 6–800 négyzetméter. Ez a rendkívül nagy területigény az intenzív egységek egyik alapkövetelménye (3, 18, 39, 40, 41).

Az intenzív betegellátó osztály legfontosabb kritériuma a kvalifikált orvos- és nővér létszám és annak biztosítása. Enélkül a legkorszerűbb és legbősegebb felszereltség mellett sem lehet intenzív betegellátást végezni.

Az intenzív medicina fejlődése folyamán ma már kialakultak azok a mutatószámok, amelyeket az orvosi és nővéri létszám megállapításakor alkalmaznak. Egy kb. 16 ágyal bíró osztály orvoslétszámát a vezetővel együtt 5–6-ban, a nőverre vonatkoztatott ágyanként $1\frac{1}{2}$ –2 ápolónőben adják meg, ami az említett ágylétszámra vonatkoztatva 24–30 nővér szükségletét jelenti. A nővér létszámot segédápolónők és ápolók egészítik ki. Természetesen, ha a szervezésben „intenzív betegellátó rendszerben” gondolkodunk, akkor a terület, az ágylétszám, az orvos- és nővér létszám stb. a jelenlegi mutatószámoknál kisebbek lesznek és meghatározásuk újabb számvetést igényel. A világirodalom szinte egyöntetű megállapítása, hogy az intenzív betegellátásra alkalmas kvalifikált nővér létszám az egészségügyi ellátás legszűkebb keresztmetszete (16). Az intenzív orvostan a nővér szerepének alapvető jelentőséget tulajdonít: ő az intenzív osztályok központi alakja. Képzettségét olyan magas szintre törekszik juttatni, hogy az orvos és nővér munkája között szinte elmosódjék a határ. A nővér színvonalának és hatókörének ez az orvos tevékenységével szinte összemosódó tendenciája azonban éppen úgy nem kizárólagos sajátja az intenzív orvostannak, mint az interdiszciplinaritás. Az a nemzedék, amely számos évtizednyi klinikai orvosi gyakorlatra tud visszatekinteni, saját szemével láthatta a nővér munkájának azt a minőségi átalakulását, amelyet már a hagyományos orvostanban is megtett és ami nem hagy kétséget afelől, hogy ez a fejlődés megállíthatatlan és szükségszerű is. Azok az egészségügyi igények, amelyeket a modern társadalom emberében támasztottunk, az orvos és nővér közötti további és hatékony munkamegosztás nélkül aligha elégíthetők ki (2, 14, 36, 37).

A dokumentációnak, amely a mindennapi gyógyítás rendjének, szerveztségének és minőségének alapfeltétele, az intenzív orvostanban megkülönböztetett jelentősége van (18). Köztudott, hogy a kórlapok világszerte nem töltik be azt a szerepet, amelyet az oktatásban és a klinikai orvostudomány művelésében hivatottak volna. Míg a kísérleti kutatás megbízhatóságának — legalább elvileg — pontosan és olvashatóan vezetett kísérleti jegyzőkönyv sine qua nonja, addig a gyógyítás, a klinikai orvostudományi kutatás jegyzőkönyvei, a kórlapok még abban a figyelemben sem részesülnek, hogy legalább az olvashatóság követelményének tegyenek eleget. A jó kórlap, az ún. elemző kórlap a beteg gyógyítását végző orvos gondolkodását is tükrözi. Az intenzív betegellátó osztályok kórlapjainak e követelménynek eleget kell tenniük, tükrözniük kell azt az intenzív gondolkodást, amelyet e súlyos betegek ellátása megkövetel.

Csak az elemző, a probléma-orientált kórlap, amely nemcsak az egészségügyi ellátás elvégzett — hanem mérlegelt mozzanatait is tükrözi, biztosítéka annak, hogy azok a hatványozott erőfeszítések, amelyek az intenzív orvostant jellemzik, nem szaporítják azokat az elherdált személyi és anyagi erőket, amelyek a korszerű orvostan tevékenységének szinte velejárói.

Az alaprutin vizsgálatok keretének megállapítása a hagyományos orvostanban is alapvető követelmény, a kritikus állapotban levő betegek állapot-diagnosztikai munkájában elengedhetetlen és sokkal tágabb keretű mint a hagyományos orvostanban. Mivel e betegek kórfolyamatának kedvező avagy kedvezőtlen irányát jelző kórélettani paraméterei rendkívül gyorsan változhatnak és sürgős beavatkozást igényelhetnek, ezért ezeknek elvégzése egyetlen nap folyamán olykor többször is szükségessé válhat.

Az intenzív orvostanban nagy reményeket fűznek a több paraméter folyamatos vizsgálatának irányanalízisével foglalkozó kutató munkához (3, 13, 30).

Az intenzív orvostan az egészségügyi ellátás egyik legköltségesebb ágazata és többek között ezért, hasonlóan a haemodialysishez és szervtranszplantációhoz, egyik legszűkebb kereszttetszete. E sajátosságai számos etikai és gazdasági kérdést vetnek fel (8, 13), amelyeket sokan szeretnek a „kényes” kategóriájába sorolni és róluk nem beszélni. Ezzel azonban nemcsak hogy nem szűnnek meg létezni, hanem még a lehetségesek közül legelfogadhatóbb gyakorlat kialakítását sem teszik lehetővé. A referátum kerete nem bírja el a probléma részletes kifejtését, csak tömondatokra szorítkozhatom:

etikai vonatkozásban a legvitatottabb és legkényesebb kérdésként merül fel adott körülmények között az intenzív eljárások megszüntetésének a javallata; de hiszen a betegeket minden időben orvosi döntések nyomán gyógyítottuk és ezek a döntések sohasem lehettek isteni döntések, mert gyarló emberek vagyunk mi orvosok is, akik csak képességeinkhez mérten tudunk dönteni. Ha valakiben olyan kételyek merülnének fel, hogy az infaustnak ítélt betegek közül esetleg és nagyon kivételesen olyan is akad, aki mégis megmenthető lett volna, az lelke nyugalanságát azzal csitíthatja, hogy maximálisan törekszik azokat a veszteségeket csökkenteni, amelyek nem is jelentéktelenek és a „megtartható”, ill. „megmenthető” kategóriájához tartoznak (13, 15, 31).

Még a nemzeti jövedelemből legbőszésebben részesedő egészségügyi költségvetés lehetőségei is korlátozottak; ha az egyes ember gyógyításában a gazdasági szempontokat figyelmen kívül hagyjuk, akkor állampolgári méretben elkerülhető veszteségeinket jelentősen megnöveljük.

A vitalis funkcióiban veszélyeztetett, kritikus állapotban levő beteg, elkülönített osztályon történő gyógykezelése még akkor is megvalósítandó cél volna, ha eredményes viaskodásunk a halállal a reanimációban nem valósult volna meg, ha az elméleti kutatások és az orvosi technika fejlődése

nem vezetett volna az intenzív orvostan megvalósulásához (38/a).

Amikor annak idején a 60-as évek elején először szembesítettem gondolkodásomat az intenzív osztály koncepciójával (38), mérlegelésemben szinte cáfolhatatlan érvként fogadtam el már azt az elemi tapasztalatot is, hogy bármennyire is törekszünk csökkenteni a fejlődés során az egy orvosra, ill. egy nővérre jutó betegek számát, a súlyos betegek ellátása sohasem érheti el azt a biztonsági fokot, amit a folyamatos és állandó őrzés-ápolás rendszere biztosít. A régmúlt kórházainak nagy kórterméiben mind az orvos, mind a nővér munkaidejének jelentős részét a kórteremben a betegek között töltötte el; a kórházi tervezés fejlődésével, helyesen, a kórtermeket mind kisebbekre tervezték és a sokágyas kórtermekből néhány ágyas kór-szobák lettek, ami azonban más tényezők közrejátszása mellett elkerülhetetlenül vezetett az ápolás és megfigyelés csökkenéséhez; a beteg megszűnt folyamatos megfigyelésben-ápolásban részesülni. Ezért kell csodálkozni azon, hogy bár az intenzív ellátás gondolatát már a századfordulón felvetették, mégis az első intenzív betegellátó egységek alig egy negyed évszázad előtt jelentek meg az egészségügy szervezésében; és még ennél is inkább azon, hogy bár az intenzív orvostan létjogosultságát már eddigi kiemelkedő eredményei is vitathatatlaná tették, a hazai belgyógyászat e téren aligha lépte túl a kezdő lépéseket. A legsúlyosabb betegek elkülönített osztályon való gyógykezelése az intenzív orvostan legalapvetőbb princípiuma, amely lehetséges, hogy az ún. „progresszív betegellátás rendszerében” a kórházszervezés jövőjének perspektívája (1).

Az intenzív orvostan egyik, talán leggyakrabban használt és legfontosabb kulcsfogalma az interdiszciplinaritás (5, 23), amelynek tartalma azonban nemcsak azt jelenti, hogy az osztály betegeit a legkülönbözőbb klinikai ágazatoktól kaphatja, hanem azt a team-munkát is, amelynek keretében az egyes beteg ellátása történik. Fontos ezt hangsúlyozni, mert a specializálódás centrifugális erői és a betegellátásnak ebből származó hátrányai csak az együttműködés centripetális erőivel hidalhatók át.

Az interdiszciplinaritás azonban nemcsak az intenzív, hanem a modern klinikai orvostan egészének, elsősorban a két ősszakmának, a belgyógyászatnak és sebészetnek is sajátja. Az interdiszplináris együttműködésről valójában akkor beszélünk, ha egyazon beteg ellátásában több speciális ágazat érdekelt és illetékes. Ha az intenzív osztály betege egyetlen klinikai ágazathoz tartozik, akkor viszonylag egyszerűbb körülményekkel állunk szemben, a probléma lényege akkor jelentkezik, amikor a konkrét betegséggel kapcsolatos információk számos speciális-ágazatból származnak.

Az intenzív medicina sokrétű problematikájában megkülönböztetett jelentőséget kapott az intenzív betegellátó osztály vezetésének vitatott kérdése (11, 12, 24).

Az irodalomban e kérdésben több felfogással találkozunk. Ibsen (11) híres bécsi előadásában valóban minden kertetés nélkül az anaesthesioló-

gust tartja az intenzív osztályok nemcsak adminisztratív — hanem szakmai vezetésére is a legilletékesebbnek. Többek között azzal érvel, hogy: 1. amikor Clemmensen 1943-ban a barbiturátmérgezéssel kapcsolatos kutatásait megkezdte, ami koppenhágai toxikológiai centrumának kialakításához vezetett, a belgyógyászok között senki sem akadt, akit e kérdés legkevésbé is érdekelt volna. 2. pályafutása egyik legnagyobb meglepetéseként azt tapasztalta, hogy olyan alapvető élettani ismeretek, amelyek az anaesthesiológusok mindennapi munkájához tartoznak, a belgyógyászok igen széles körében elsovdadtak. Ez minden bizonnyal így igaz, s éppen ezért tanulságait is le kell vonni. Ugyanakkor nem hallgatható el, hogy azok a követelmények, amelyeket az intenzív orvostan szakorvosjelöltjétől megkövetelünk a belgyógyászattal folytatott legszorosabb együttműködés mellett sem tekinthető kielégítőnek (Eü. közl. 1978, 28, 1370.).

Az irodalomban képviselt másik felfogás — és ez az elfogulatlanabb — a vezetés kérdését két irányból közelíti meg: a szakmai és a módszertani illetékesség irányából. A szakmai kompetenciát úgy veti fel, hogy mivel az intenzív orvostan az egész medicinát átfogja, egyetlen speciál-szakma sem vindikálhatja magának a vezetést és az az orvos, ill. speciál-szakma, amely erre vállalkozik, már eleve alkalmatlan az interdisziplináris osztály vezetésére; az intenzív medicina metodológiája felől közelítve meg a kérdést, az anaesthesiológusok volnának illetékesek a vezetés funkciójának ellátására. Ez az irodalom legáltalánosabb konklúziója azzal a kényszerű kiegészítéssel, hogy a vezetés funkcióját kettébontja, adminisztratív-szervezési és szakmai részre, amelyek közül az előbbit az anaesthesiológus látja el, a másikat pedig az ún. „interdisziplináris együttműködés szelleme” pótolja (16, 17).

És hogy ezt a megbontott vezetést miképpen képzelik el, érdemes idézni e speciál-szakma egyik monográfiájából, amely szerint az anaesthesiológus az együttes betegvizsgálatra összehívott számos főorvos véleményét moderátorként egyezteteti és összefoglalja (12).

Az a felfogás tehát, amely csak az adminisztratív vezetést bizza az anaesthesiológusra, végül is mégsem tudja megkerülni a szakmai vezetést, mert a moderátor az előbb vázolt szerepben nem más, mint az együttműködő kollektíva szakmai irányítója. Ahhoz azonban, hogy az anaesthesiológus ezt az irányító szerepet betölthesse, sajátját belgyógyász, ill. sebész szakképesítésre kell ráépítenie.

Jó magam a kérdést oly módon teszem fel, hogy 1. ki legyen az interdisziplináris osztály vezetője? 2. mely speciál-szakmából rekrutálódjék? Az elsőre könnyű válaszolni, mert nyilvánvalóan az a legtapasztaltabb — primus inter pares —, akit áttekinthetősége, ismeretanyagának nem annyira mélysége, mint inkább széles köre, az információkat egyeztetni, értékelni, szintetizálni tudó, lényegmegragadó józan ítélőképesége teszi alkalmassá arra, hogy a kapott tájékoztatásokat olyan döntéssé ötvözze, amelyet együttműködő kollégái is elfogadnak (24).

A másakra úgy, hogy abból a szakmából rekrutálódjék, amelynek tagjai szinte mindennapi rutin munkájukban kényszerülnek a legszélesebb körből származó, jellegében sokrétű, rendkívül sok információt egységes diagnosztikai, avagy terápiás véleménynyé ötvözni. A második kérdésre adott válasz egyben azt is megszabja, hogy mely diszciplínák azok, amelyekre az intenzív osztályon dolgozó teljes értékű orvosnak szüksége van.

Mindezek után nehéz a Magyar Anaesthesiológiai és Intenzív Terápiás Társaság szakképesítési követelményeit megérteni. A közelmúltban megjelent (Eü. közl. 1978, 28, 1370.) rendelet az anaesthesiológiai szakképesítéshez mindössze három-három havi belgyógyászati, ill. mentőgyakorlatot tesz kötelezővé. A fennmaradó három és fél év 50—50%-ban az anaesthesiológia és az intenzív orvostan között oszlik meg. Intenzív orvostani tevékenységre, még kevésbé osztály vezetésére azonban az említett gyakorlat aligha tehet képessé. Ha igaz — márpedig az —, hogy az intenzív orvostan multidisziplináris speciál-szakma, akkor miképpen képzelhető el e szakképesítés a két összakmában az általános sebészeten, ill. belgyógyászaton folytatott minden gyakorlat nélkül. Nem véletlenül találkozunk most már a nemzetközi irodalomban is olyan cikkekkel, amelyek joggal mutatnak reá arra, hogy míg régen az anaesthesiológusok sebész-klinikusokból nevelődtek, addig az utóbbi években ilyen múlttal már nem rendelkeznek, és ez hátrányosan hat ki intenzív orvostani működésükre (27).

A szakképesítési tervzetben természetesen nem nehéz meglátni a háttérben meghúzódó motívumokat, de ezzel azt is, hogy a szervezési gyakorlat e szakképesítési követelmények megállapításakor elsősorban e speciál-szakma hazai nyomorát tartotta szem előtt. Mindezek alapján az intenzív orvostan, e multidisziplináris szakágazat klinikai szervezésében az illetékes országos intézetek együttműködése aligha érvényesülhetett.

Csaknem tíz évvel ezelőtt az Orvosi Hetilap egyik szerkesztőségi közleményében többek között az anaesthesiológiával és intenzív orvostannal is foglalkozott. Idézem a vonatkozó részt: „Új szakmaként alakult ki az utóbbi évtizedben hazánkban is az anaesthesiológia, amelynek tagjai döntő módon sebészekből rekrutálódtak, de jelenlegi képzésük már mind kevesebb kapcsolatban van a sebészeti avagy a belgyógyászati klinikummal. Elméleti és gyakorlati kerete elég szűk határok között mozog s ezért nem meglepő társaságuk ama határozata, amely az intenzív betegellátó osztály vezetését anaesthesiológiai szakképesítéshez kívánja kötni.” Az intenzív betegellátás azonban sokkal szélesebb keretű és ezért „Sokkal ésszerűbb volna az anaesthesiológustól és az intenzív betegellátó osztályon működő orvostól egyaránt belgyógyászati típusú alapképzést megkövetelni, és e három szakismeret együttese valóban kimerítené egy olyan új „speciál-szakma” kereteit, amely tudatos szervezés szülte lehetne, szemben az eddigi gyakorlattal, a speciál-szakmák többé-kevésbé ösztönös kialakulásának folyamatával. A belgyógyászat helyét és szerepét az intenzív betegellátásban mi sem

bizonyítja jobban, mint az, hogy Petrovskij professzor „egyetemes” sebészeti klinikáján az intenzív betegellátó osztály élén belgyógyász professzor áll. Mindezzel arra kívántunk rámutatni, hogy az országos kollégiumoknak feladatköréhez tartozik a speciál-szakmák tudatos kialakítása és eddigi ösztönös folyamatuk megszüntetése. Az országos kollégiumok feladatköre tehát számos vonatkozásban a szó legtagabb értelmében interdisziplináris” (32).

A perioperatív orvosi tevékenységben a belgyógyász részvételére, ill. bevonására — amiről már a bevezetőben említést tettem — ismételtlen utalok. És teszem ezt azért, mert amiképpen a belgyógyásznak nem kell sebésszé válnia ahhoz, hogy a perioperatív orvostanban járatosná váljék, teljesen hasonlóképpen nem kell anaesthesiológussá lennie ahhoz, hogy az intenzív orvostan hivatott művelőjévé váljék. E megfontolások egyaránt érvényesítendőek, akár az intenzív betegellátó osztály vezetőjének megválasztásáról — akár az ott működő orvosok kiképzési ismereteiről, ill. gyakorlatáról van is szó (24, 35).

Nem véletlen tehát, hogy Petrovskij professzor sebészeti klinikájának intenzív osztályát belgyógyász professzor vezeti, és az sem véletlen, hogy a kölni Gross belgyógyászati klinikáján csaknem másfél évtized óta olyan intenzív betegellátó osztályt működtet, amelynek betegei túlnyomórészt a nem manuális társ klinikákról és Köln városából rekrutálódnak. E részleg megnyitása előtt a klinika két tagja 4—4 hónapot régebben működő intenzív centrumokon — egy tagja pedig 6 hónapot anaesthesiológián töltött el. Tapasztalataik szerint úgy vélik, hogy még belgyógyász előképzettséggel bíró orvosoknak is minimálisan fél évet kell eltölteniük az említett osztályokon ahhoz, hogy az intenzív betegellátó osztályokon a szolgálatot felelősséggel elláthassák (9).

Az intenzív orvostan módszerei tehát viszonylag rövid idő alatt elsajátíthatók, szemben azokkal a követelményekkel, amelyeket a „tapasztalt klinikus”-tól elvárunk (9, 24).

A klinikai háttérétől megfosztott anaesthesiológus-képzés aggálya ma már — mint említettem — a nemzetközi irodalmat is foglalkoztatja az intenzív betegellátás szempontjából. Én a magam részéről a perioperatív terrénem és az interdisziplináris konzíliumok jelenlegi gyakorlatát is aggályosnak látom.

E munkaterületek együttesében — ha egy szakmában egyesítjük őket — könnyedén felismerhetjük egy olyan széles körű, rendkívül vonzó új speciál-szakma távlati perspektíváját, amelynek nem kell majd lasszóval fognia a jelölteket. Kiképzésük belgyógyászati, sebészeti, intenzív orvostani és anaesthesiológiai gyakorlatból tevődne össze. Mindez természetesen nem fér bele négy esztendőbe, de miért nem érdemelné meg legsúlyosabb és legbonyolultabb multidiszciplináris együttműködésre szoruló betegeink intenzív orvostana — hasonlóan a traumatológiához, mellkassebészethez és más szakmákhoz — 6—7 évi kiképzési időt. E célkitűzés természetesen nem lehet a közeljövő feladata, de ésszerűbb egy kérdést távlati tervben

jól, mint néhány év alatt rosszul megoldani. Mivel azonban a szorosan vett anaesthesiológia ilyen széles kiképzést aligha igényel, megfontolandó e két — végül is nem összetartozó — terület szétválasztása. Mindez az illetékes országos intézetek szakmaközi feladatköréhez tartozik.

Ezekben és így látom én az életveszélyes belgyógyászati állapotok intenzív ellátásának legalapvetőbb princípiumait: az *intenzív betegellátó rendszerben*.

IRODALOM: 1. Aczél Gy.: A korszerű fekvőbeteg-ellátás néhány szervezési kérdése különös tekintettel az intenzív terápiára. Orvos-Eü. Dolg. Szakszervezete Szakmapolitikai előadássorozat, Bp. 1968. — 2. Aschenbrenner, R.: Münch. med. Wschr. 1968, 110, 984. — 3. Bachmann, K., Demling, L.: Fortschr. der. med. 1978, 86, 333. — 4. Balassa J.: Orv. Hetil. 1958, 2, 653. — 5. Benzer, H. W. és mtsai: Zschr. prakt. Anästh. 1973, 8, 160. — 6. Btáge Zs.: Orv. Hetil. 1976, 117, 2535. — 7. Gesztesi T. és mtsai: Orv. Hetil. 1972, 113, 1711. — 8. Gross, R., Hilger, H. H., Kaufmann, W., Scheurlen, P. G. (szerk.): Arztl. Ethik. Symposium, Köln. 1977. I. 10. F. K. Schattauer Verlag, Stuttgart—New York, 1978. — 9. Gross, R. és mtsai: Dtsch. med. Wschr. 1968, 93, 784. — 10. Húsvéti J., Ellis, H.: Anaesthesia. 1969, 24, 113. — 11. Ipsen, B.: Der Anästhesist. 1968, 17, 273. — 12. Jakab T., Lencz L., Forgács I. (szerk.): Intenzív betegellátás. Medicina Könyvkiadó, Bp. 1975. — 13. Just, H., Schuster, H. P. (szerk.): Intensivmedizin in der Inneren Medizin, Symposium Mainz, Jul. 1976. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1977. — 14. Kipka, E., Opderbecke, H. W.: Zschr. prakt. Anästh. 1973, 8, 25. — 15. Krause, W. H.: Med. Welt. 1974, 25, 2095. — 16. Kucher, R., Steinbereithner K. (szerk.): Intensiv-station, -pflege, -therapie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1972. — 16/a. Kudász J.: Orv. Hetil. 1965, 106, 2401. — 17. Lawin, P. (szerk.): Praxis der Intensivbehandlung. Georg Thieme Verlag, 2. kiad. Stuttgart, 1971. — 18. Lawin, P., Morstrathmann, U. (szerk.): Aktuelle Probleme der Intensivbehandlung I. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1978. — 19. Lee, J. A., Atkinson, R. S.: A synopsis of anaesthesia. 7. kiadás, John Wright, Bristol, 1973. 839. old. — 20. Nissen, R.: Fünfzig Jahre erlebter Chirurgie. F. K. Schattauer, Stuttgart—New York, 1978. — 21. Nyegovszkij, V. A.: Orv. Hetil. 1963, 104, 1057. — 22. Opderbecke, H. W.: Anästhesie. 1975, 11, 1. — 23. Opderbecke, H. W.: Langenbeck's Arch. Chir. Kongressbericht 1974, 337, 219. — 24. Petrovskij, B. V.: Chirurgia. 1976, 6, 15. — 25. Poulsen, H.: Zbl. Chir. 1973, 98, 1073. — 26. Safar, P.: Anästhesist. 1974, 23, 507. — 27. Satter, P.: Zbl. Chir. 1977, 102, 321. — 28. Schairer, K. W., Kilian, J.: Herz/Kreis. 1974, 6, 187. — 29. Schölmerich, P.: Langenbeck's Arch. Chir. Kongressbericht 1974, 337, 223. — 30. Schölmerich, P.: Wiener. med. Wschr. 1974, 124, 75. — 31. Schölmerich, P., Schuster, H. P., Schönborn, H., Baum, P. P. (szerk.): Interne Intensiv Medizin. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1975. — 32. Szerk. közl. (T. T.): Orv. Hetil. 1970, 111, 2587. — 33. Szerk. közl.: Lancet. 1971, I, 1342. — 34. Trencsényi (Schwartz) T.: Orvosok Lapja. 1946, 2, 343. — 35. Trencsényi (Schwartz) T.: Orvosok Lapja. 1946, 2, 794. — 36. Trencsényi T.: Honvéddorvos. 1962, 14, 182. — 37. Trencsényi T.: Honvéddorvos. 1971, 23, 3. — 38. Varga P. és mtsai: Orv. Hetil. 1961, 102, 1119. — 38/a. Varga P. és mtsai: Orv. Hetil. 1971, 112, 1203. — 39. Varga P., Btáge Zs., Giacinto M., Széll K. (szerk.): Az intenzív betegellátás elmélete és gyakorlata. Medicina Könyvkiadó, Bp. 1977. — 40. Weber D., Zimmermann, S.: Zschr. inn. med. 1974, 29, 228. — 41. Wittek L.: Honvéddorvos. 1972, 24, 98.

NAPROSYN

tabletta

mV 200

Antirheumatica

ÖSSZETÉTEL: 1 tabl. 250 mg naproxent tartalmaz.

HATÁS: A Naprosyn tabletta gyulladásgátló, láz- és fájdalomcsillapító hatású, nem szteroid jellegű készítmény. Gyulladásgátló hatása adrenalectomizált állatokon is jelentkezik, ami azt jelzi, hogy nem a hypophysis-mellékvese humoralis regulációs rendszeren keresztül, hanem közvetlenül hat. Gyulladásgátló hatásának pontos mechanizmusa – hasonlóan más gyulladásgátlókhöz – nem ismert, de feltételezhető, hogy a prosztaglandin-szintetáz gátlásának nagy szerepe van a gyulladáscsökkentő hatás kialakulásában. A többi nem szteroid gyulladásgátlóhoz viszonyítva kevésbé bizonyított ulcerogén hatásúnak. A cardiovascularis, valamint a központi és vegetatív idegrendszert nem, vagy csak minimális mértékben befolyásolja.

JAVALLATOK: Rheumatoid arthritis, egyéb krónikus ízületi gyulladások, spondylitis ankylopoetica (m. Bechterew), arthrosis különféle formái, spondylosis, spondylarthrosis, extraarticularis rheumatismus különböző formái (lumbago, egyéb myalgia, fibrositisek, neuralgiák, bursitisek, peri-arthritis humeroscapularis, epicondylitis humeri stb.).

ELLENJAVALLATOK: Gyomor- és nyombélfekély, továbbá kifejezett máj- és vesekárosodás esetén csak állandó orvosi ellenőrzés mellett adható.

Terhesség alatt nem rendelhető. 16 évesnél fiatalabb betegek ne szedjék a gyógyszert, mivel jelen pillanatig fiatalokorúakon és gyermekeken még nincs elég tapasztalat.

ADAGOLÁS: Kezdő és szokásos fenntartó adagja napi 2×250 mg (reggel és este étkezés után). Szükség esetén napi 3 tabletta is adható (750 mg össz-dózis) a fájdalomak napszakos jellege szerint: 2 tabletta reggel, 1 tabletta este, illetve 1 tabletta reggel és 2 tabletta este. Hosszan tartó kezelés alatt az adagolás napi 375–750 mg-os határokon belül változtatható, a megfelelő adagokat ugyan-csak naponta kétszer kell beadni.

MELLÉKHATÁSOK: Ritkán gyomorégés, gyomorfájás, telítettség érzés, enyhe szédülés vagy rosszullét, fejfájás, a gyomor-béltraktusban átmeneti jellegű vérzés. Igen ritkán bőrkíütés, thrombocytopenia.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK

Kerülendő az együttadás

– magnéziumoxid és alumíniumhidroxid tartalmú antacidumokkal (gátolják a Naprosyn felszívódását);

Csak óvatosan adagolható

- orális anticoagulánsokkal (anticoaguláns hatás fokozódik);
- szulfanilurea típusú antidiabetikumokkal (hypoglykaemia veszélye);
- difenilhidantoinnal (ennek szérumszintjét toxikusig emelheti);
- szulfonamidokkal (ezek toxicitását fokozhatja).

FIGYELMEZTETÉS: Szalicilérzékeny egyéneknél urtikáriát, asztmás rohamot válthat ki.

Tartósabb alkalmazásakor a vérzési idő meghosszabbodását okozhatja.

Gyomor- vagy nyombélfekély esetén, vagy ha a betegen gyulladásgátló gyógyszerek szedése kapcsán már fellépett gyomor- vagy bélvérzés, alkalmazása állandó orvosi ellenőrzést igényel.

Orális anticoagulánsokkal együtt adva a prothrombin időt ellenőrizni kell!

Szulfanilurea típusú antidiabetikumokkal együtt adva az antidiabetikum adagját újra be kell állítani!

MEGJEGYZÉS: ✱ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtethető.

CSOMAGOLÁS: 30 db tabletta 22,- Ft.

FORGALOMBA HOZZA: Alkaloida Vegyészeti Gyár, Tiszavasvári, Syntex licencia alapján.

ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR, TISZAVASVÁRI



Megyei Kórház, Kaposvár,
Csecsemő és Gyermeosztály
(főorvos: Gyódi Gyula dr.),
Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály
(főorvos: Domány Sándor dr.)

Antenatalis steroid kezelés hatása újszülöttek bilirubin anyagcseréjére

Vágvolgyi Erna dr., Gyódi Gyula dr.,
Barna Krisztina dr., Tóth Margit dr.
és Prievara Ferenc dr.

Az utóbbi évek irodalmában sokasodtak a közlemények, melyek az antenatalis steroid kezelés jó hatásáról számolnak be az idiopathikus respiratorikus distress syndrome (továbbiakban IRDS) megelőzésében (1, 2, 4, 7, 8, 10–12, 14, 18, 20, 23, 28, 30, 31, 36, 38).

Ez a megbetegedés a modern respirációs terapia és az újszülött intenzív centrumok jelenlegi fejlettsége mellett is jelentős tényezője a perinatalis halálozásnak.

Az anyának a szülés előtt adott glucocorticoidok siettetik a magzati tüdő érését a felületaktív lecithin termelésében szereplő enzimek indukciója, vagy az alveolaris hámban raktározott surfactant felszabadítása útján (9, 32, 36).

Elsőként 1969-ben Liggins (23) figyelte meg éretlen bérany-foetusok túlélését glucocorticoid injectio után, majd 1972-ben ugyancsak Liggins és Howie (24) igazolták humán anyagon, hogy a betamethason csökkenti az IRDS előfordulását. Az első észleléseket számos állatkísérlet és klinikai megfigyelés követte. Hazánkban Horváth (18), Nagy (30), Szabó (36), Veszelszky (37) számoltak be eredményes profilaxisról.

A steroid előnyös hatása mellett nem lehet figyelmen kívül hagyni a főleg állatkísérletekből ismert számos mellékhatást, mint a fejlődési rendellenességek, az intrauterin növekedés gátlása, az anyagcserezavarok, az infekcióra hajlamosító immunzavar, a tüdőben (vagy más szervekben is) keletkező hypocellularitás előfordulását (17, 27, 30).

Bár a klinikai gyakorlatban a profilaxishoz alkalmazott rövid időtartamú kezelés mellett sem az anyán, sem az újszülötten jelentős akut mellékhatásról nem számoltak be, mégis ez a kérdés további vizsgálatokat igényel. Osztályunkon 1974. jú-

liustól alkalmazzuk a steroid profilaxist fenyegető koraszülés esetében. Ezen kezelés hatásosságának — és az esetleges mellékhatásoknak — felmérése közben tűnt fel, hogy a közvetlenül szülés előtt kezelt csoportjában több az icterusos újszülött. Tekintettel arra, hogy a hyperbilirubinaemia egyike a koraszülöttek jelentős adaptációs problémáinak, valamint arra, hogy a rendelkezésünkre álló irodalomban mindössze Liggins közleményében találtunk említést icterusról, szükségesnek láttuk megvizsgálni, hogy az antenatalis steroid kezelés hatással van-e és milyen mértékben az újszülöttek icterusára.

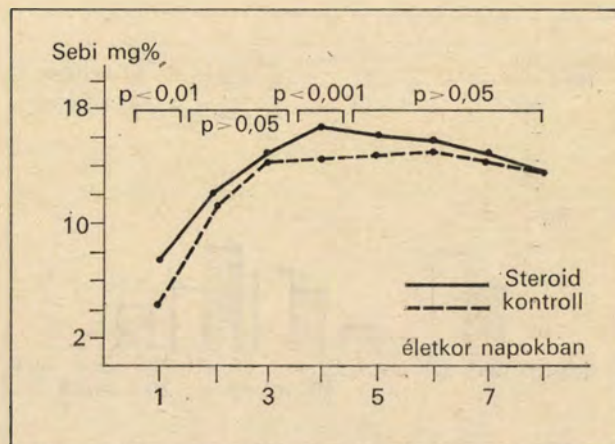
Beteganyag és módszer

Osztályunk beteganyagából 1974. július 1. és 1977. július 1. között 147 olyan koraszülött icterusát vizsgáltuk, akiknek az anyja 24–72 órával a szülés előtt 50–100 mg Di-Adreson F aquosumot kapott. A koraszülés késleltetése alkohol vagy Partusisten infúzióval történt. Kontroll csoportként a profilaxis hatásosságának felméréséhez ugyanezen évekből származó koraszülötteket szerepeltettünk, akiknek az anyja nem kapott szülés előtt steroidot, de megegyezők voltak a koraszülés elhárítására irányuló therapiás beavatkozások, a terhesség és a szülés lefolyása. A serum bilirubin (továbbiakban se. bi.) meghatározások mindkét csoportban az icterus mértékének megfelelően naponként, naponta többször vagy másnaponta történtek a Vérellátó Alközpontban Jendrassik–Gróf-módszerrel. Több azonos napi érték közül a legmagasabbat vettük figyelembe, közvetlenül csere-transfúziót követő se. bi.-t nem értékeltünk. Mindkét csoportban egyformán alkalmaztuk a Phenobarbiturát és fénykezelést és azonos elvek alapján végeztük a csere-transfúziót. A betegek táplálása és ápolása is megegyező volt.

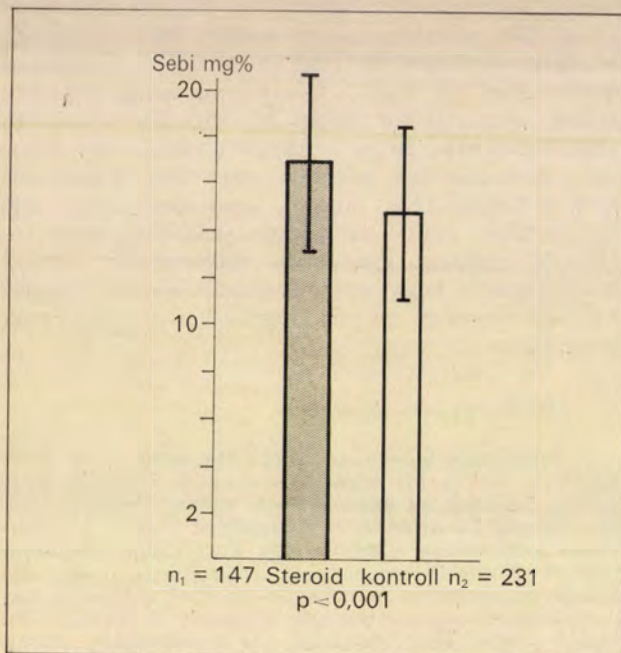
Bizonyított AB0 és Rh isoimmunisatio és perinatalis infectio eseteit kizártuk a vizsgálati anyagból. Az infekciós eseteket a klinikai tünetek, az anamnesis adatai (48 óránál hosszabb idő előtti burokrepedés, anyai lázas állapot, pyelonephritis, bűzös magzatvíz) és a pozitív laboratóriumi leletek alapján válogattuk ki. Nem szerepel anyagunkban IRDS, diabeteses any gyermeke, nagy cephalhaematoma vagy kiterjedt bőrhematoma újszülött, intracranialis vérzés, bizonyított anyagcsere-betegség, vagy hepatocellularis laesio sem.

Összesen 147 steroid kezelésben részesült és 231 kontroll újszülöttet vizsgáltunk, akiken összesen 375, illetve 384 se. bi. meghatározás történt.

A kezelt és kontroll csoport terhességi kor és születési súly vonatkozásában megegyező összetételű volt és az AB0 + Rh incompatibilitás (isoimmunisatio



1. ábra: Steroid profilaxisban részesült és kontroll újszülöttek naponkénti bilirubin átlagai



2. ábra: A maximális bilirubin értékek átlaga a kezelt és kezeletlen csoportban

kimutatható jele nélkül) hasonló arányban fordult elő. A két csoport összetételét az 1. táblázatban tüntettük fel.

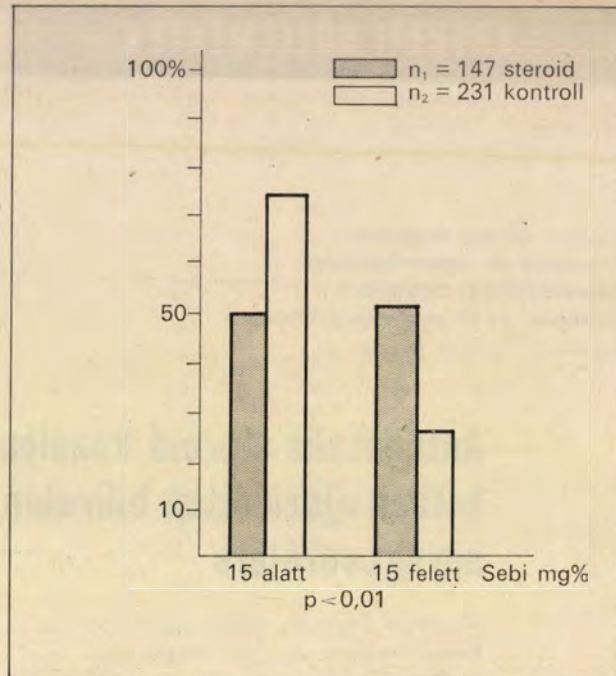
A se. bi. meghatározások száma a postnatalis korral összefüggésben a 2. táblázatban látható.

Az eredményeket statisztikailag a χ^2 és a Student-féle t-próbával elemeztük.

Eredmények

Az 1. ábra mutatja a kezelt és kontroll csoport naponkénti bilirubin átlagának alakulását a postnatalis kor függvényében. A két csoportban a görbe lefutása hasonló, következésképpen magasabb értékekkel a kezelt csoportban, de az eltérés csak az első és a negyedik napon volt statisztikailag szignifikáns ($p < 0,01$; illetve $p < 0,001$) (1. ábra).

A 2. ábra a maximális bilirubin értékek átlagát és a SD-t ábrázolja. Az egyedi maximális szintek átlaga a steroid kezelt csoportban szignifikán-



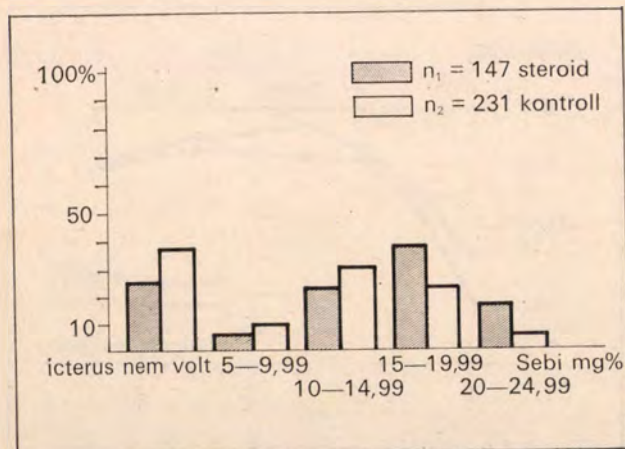
4. ábra: Az egyedi maximális bilirubin értékek előfordulása 15 mg/ml alatt és felett kezelt és a kontroll csoportban

san ($p < 0,001$) magasabb volt (16,8 mg/100 ml) mint a kezelt csoportban (14,7 mg/100 ml).

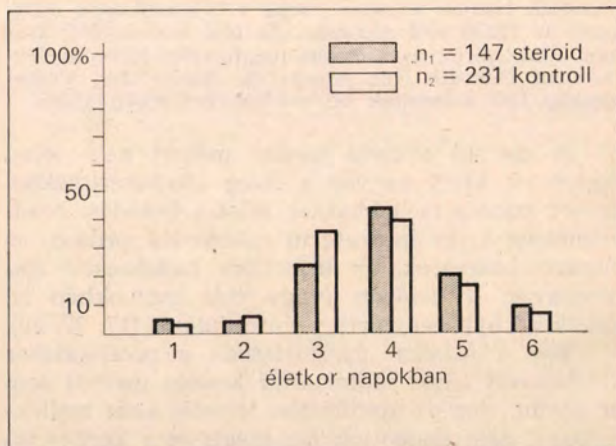
Ha az egyedi maximális értékeket 5 mg/100 ml-es csoportokba osztva vizsgáljuk, megfigyelhető, hogy a kezeltből kevesebben, a kontrollból többen tartoznak az alacsonyabb se. bi. értékű csoportokba (3. ábra).

A steroid kezelésben részesült anyák újszülöttjeinek felében (51%) a kontroll csoport negyedében (27%) a maximális se. bi. koncentráció meghaladta a 15 mg/100 ml-es értéket. A különbség statisztikailag szignifikáns ($p < 0,01$) (4. ábra).

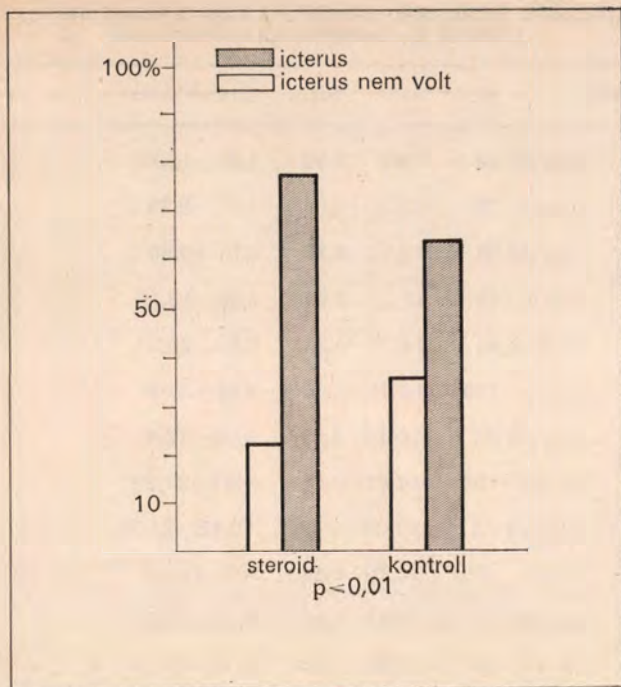
A maximális se. bi. értékek naponkénti megoszlását vizsgálva (5. ábra) feltűnik, hogy a kezelt csoportban több eset éri el a maximális bilirubin értékeket a 4., 5., 6. életnapon, mint a kontroll csoportban. A különbség nem jelentős ($p > 0,05$).



3. ábra: Az egyedi maximális bilirubin értékek megoszlása



5. ábra: Az egyedi maximális bilirubin értékek naponkénti megoszlása a kezelt és a kezeletlen csoportban



6. ábra: Az icterus előfordulása a steroid kezelt és a kontroll csoportban

A profilaxisban részesültek negyedében (22%), a kontrollok harmadában (37%) nem történt se. bi. meghatározás egyetlen alkalommal sem, ezek képviselik a „nem volt icterusa” csoportot, melyre azonban, retrospektív felmérés lévén, csak azt mondhatjuk biztosan, hogy nem voltak sárgák, illetve olyan minimális mértékben, hogy se. bi. meghatározásra nem került sor (6. ábra).

A vércserék gyakoriságában nem találtunk lényeges eltérést a két csoport között. A kezelt 29 újszülöttnél 40, a kontroll csoportban ugyancsak 29 újszülöttnél 41 vércserét végeztünk ($p > 0,10$).

Megbeszélés

A koraszülöttek közel 40%-ában az élet első napjaiban pathológiás mértékű hyperbilirubinaemia jelentkezik, melyet elsősorban a máj bilirubin conjugáló és kiválasztó képességének késői érése okoz.

Ehhez társul a koraszülöttek sajátos, mag-icterusra praedisponáló helyzete (4, 16). Ezért beteganyagunkban szükségesnek találtuk megvizsgálni, hogy a pulmonalis adaptáció megkönnyítésére antenatalisan adott steroid befolyásolja-e a hyperbilirubinaemia mértékét és számolnunk kell-e mag-icterus veszélyét jelentő se. bi. szintek kialakulásával, illetve a vércserék számának megszaporodásával. A profilaxisban részesítettekben a se. bi. szintet az első postnatalis héten következetesen magasabbnak találtuk a kontrollok hasonló lefutású bilirubin-görbéjéhez viszonyítva. Az eltérés csak az első és negyedik napon volt jelentős (ez az első napon viszonylag kis vizsgálati számból is származhat). A két görbe a nyolcadik napon — amikor már jelentősen megnövekszik a máj conjugáló kapacitása — szinte teljesen összeér. Az egyedi maximális bilirubinszintek átlaga és az iro-

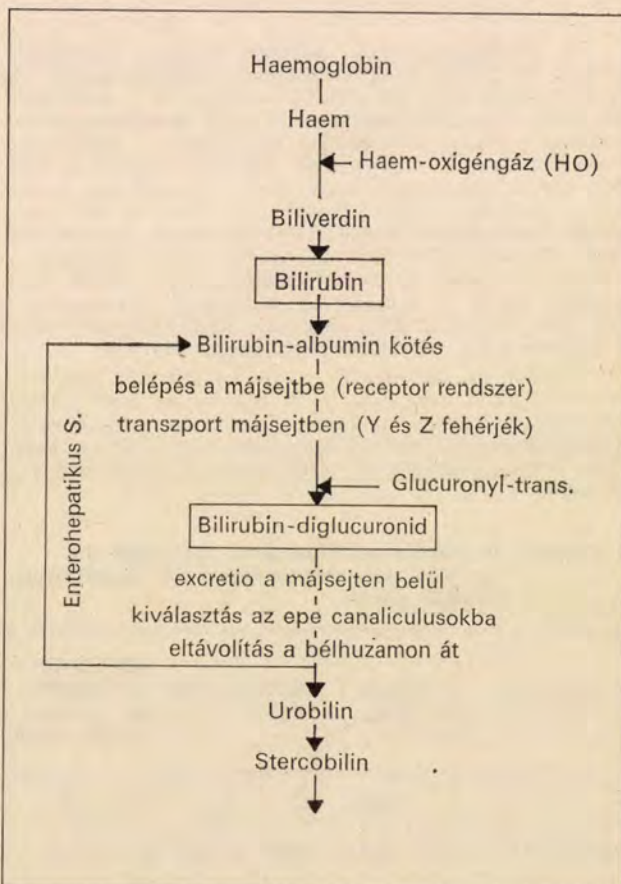
dalomban koraszülöttek számára veszélyesnek el fogadott 15 mg/100 ml feletti értékek előfordulása is jelentősen magasabb volt a kezelt csoportban. Szignifikánsan több volt az icterusos újszülött; a magasabb értékek a későbbi életnapokban alakultak ki. Mindezek mellett nem került sor a vércserék számának emelkedésére.

A steroid kezelésnek az újszülött icterusát befolyásoló hatása a vonatkozó irodalmat áttanulmányozva, nem teljesen tisztázott.

Újszülöttkorban az indirect hyperbilirubinaemia mértékét — fiziológiás és pathológiás körülmények között egyaránt — az epefesték keletkezésének és conjugálásának üteme határozza meg. A bilirubin-anyagszere vázlatát áttekintve (7. ábra) gondolhatunk a steroidoknak az infectiót elősegítő mellékhatására, mely súlyosbíthatja koraszülöttek hyperbilirubinaemiáját (10), feltételezhetően a haemolysis fokozásával, de károsodhat a máj intrahepatikus bi.-transportja vagy a conjugatio is. Az antenatalisan adott steroidok infectiót elősegítő hatását mind ez ideig biztosan igazolni, vagy kizárni nem tudták.

Horváth (19) antenatalis steroid kezelés után több bronchopneumoniát észlelt, de ez lehet az enyhébb lefolyás miatti hosszabb túlélés következménye is. Patkós (34) is emelkedettnek találta az intrauterin pneumóniások számát, de főleg az idő előtti burokrepedéssel együttjáró esetekben.

Hypoglykaemia és éhezés által kiváltott adrenalin és glukagon szint emelkedés növelheti a



7. ábra: A bilirubin anyagszere menete

haem—biliverdin átalakulásban szereplő haem—oxigenáz aktivitását (3) és emelheti az indirect bilirubin mennyiségét, de egyúttal a glucuronisatio folyamatát is akadályozza a glucuronsav mennyiségének csökkentésével (16, 22, 32). A születés előtt adott steroid jelentősen csökkenti a dysmaturusokban az első életórák hypoglykaemiáját és emeli a máj glikogéntartalmát; valószínűleg a glykoneogenezisben szereplő enzimek serkentése révén (26). *Soltész és mtsai* (35) nem találtak változást a köldökvércukor, szabad zsírsav és egyedi aminosav koncentrációban antenatalis Prednisolon kezelés után.

A bilirubin-anyagcsere ütemét legnagyobb mértékben befolyásoló tényező (főleg koraszülöttekben) a glucuronisatio folyamata lehet. Tekintettel arra, hogy számos endogen és exogen steroid és nem steroid természetű anyag detoxikálása glucuronisatióval történik (6, 29), feltételezhető, hogy a steroid profilaxis hatása az icterus mértékére ebben a lépcsőben érvényesül. A glucuronisatio folyamatában szereplő uridyl-diphospho-glucuro-nyl (UDPG) transferase (és dehydrogenase) enzim a foetusban és közvetlenül postnatalisan alacsony és csak az első élethétén ér el olyan szintet, hogy megfeleljen a fokozott bilirubin terhelésnek (6, 22, 33).

Hasonlóképpen postnatalisan éri el teljes kötőképeségét a bilirubin intrahepatikus transportjában szereplő Y fehérje, melynek kötéseért számos vegyület vetélkedhet a bilirubin mellett (16, 22, 33).

A glucuronisatióról alkotott korábbi elképzelésünket az utóbbi évek vizsgálatai megváltoztatták. A számos substratum vizsgálata, továbbá az a megfigyelés, hogy bizonyos beavatkozás vagy genetikusan determinált zavar nem gátolja egyformán a glucuronisatio folyamatát valamennyi anyaggal szemben, felveti annak lehetőségét, hogy több enzimből álló transferase rendszerrel kell számolnunk. *Wishart* (39) meggyőző bizonyítékot szolgáltatott az enzim heterogenitását illetően, amikor antenatalisan adott dexamethasonnal a substratumok egy csoportjával szemben serkenteni tudta a transferase aktivitást (o-aminophenol, p-nitrophenol stb.), míg másokkal szemben, mint a bilirubin és chloramphenicol, nem lehetett.

Lucier és Daniel (25) nyolc substratum glucuronisatiójának a vizsgálata során steroid és nem steroid természetű UDPG transferase aktivitást tudott megkülönböztetni. A steroid természetű transferase aktivitás csak postnatalisan emelkedett a felnőttkori értékekre.

1. táblázat. A steroid-profilaxisban részesült és kontroll csoportban szereplő újszülöttek klinikai adatai.

Esetek száma	Terhességi kor (hét)		Születési súly (g)		ABO és Rh incompatibilitás (isommunisatio nélkül)	
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	n	%
n						
steroid 147	33,7	±2,1	1985	±315	47	32
kontroll 231	33,7	±2,1	2012	±336	74	32

2. táblázat. A bilirubin-szintek és a postnatalis kor kezelt és kontroll újszülöttekben

Nap	n	\bar{x}	SD	Szélső érték
1.	steroid 18	7,53	2,53	1,01—12,10
	kontr. 28	4,63	2,84	1,1—8,25
2.	steroid 38	12,11	4,23	5,5—19,64
	kontr. 46	11,31	2,88	6,05—18,15
3.	steroid 86	14,76	4,25	6,49—26,51
	kontr. 100	14,21	2,54	4,82—26,9
4.	steroid 94	16,43	3,49	9,08—26,4
	kontr. 104	14,54	3,44	4,84—27,39
5.	steroid 73	16,09	3,42	10,12—24,75
	kontr. 65	14,75	4,54	6,6—24,52
6.	steroid 42	15,82	3,80	6,16—21,56
	kontr. 30	14,98	3,94	0,72—21,34
7.	steroid 18	14,71	2,36	8,14—19,36
	kontr. 15	14,34	3,68	7,92—21,45

Az anyatej okozta icterusok hátterében pregnandiol okozta conjugatio-gátlást feltételeztek (21), összefüggést találtak az oestrogen lebomlásának üteme és az icterus mértéke között (5, 13). Nem steroid vegyületek közül a Novobiocin, Chloramphenicol, Sulfonamidok és valószínűleg az Oxytocin is a glucuronisatio zavara következtében fokozzák az újszülöttek icterusát (16, 29, 33).

Legújabbban *Wysovszky és mtsai* (40) phenol-tartalmú desinficiens túlzott használatát követően figyelték meg az icterus halmozódását, melyet szintén conjugatio-gátlással magyaráznak.

Klinikai vizsgálati anyagunkban a steroid profilaxisban részesített koraszülöttek icterusát kifejezettebbnek találtuk. Tekintettel arra, hogy a vizsgált két csoport a steroid kezelés kivételével minden vonatkozásban megegyezett, ugyanazon évekből származott, az icterus mérsékelt fokozódását a steroid hatással lehet összefüggésbe hozni. A hatásmechanizmus pontos kiderítésére a jelenlegi retrospectív klinikai felmérés nem alkalmas, de egyértelműen nem valószínűsíthető a rendelkezésre álló irodalmi adatok alapján sem. A steroidok hyperbilirubinaemiát fokozó hatása figyelmet érdemel ugyan, de ez a megfigyeléseink szerint nem látszik olyan jelentősnek a tudó érésére kifejlesztett előnyös hatása mellett, hogy az IRDS megelőzésének e hatásos módját megkérdőjelezzük. Annál is inkább, mert mai tudásunk szerint az esetleg gyakrabban kialakuló hyperbilirubinaemia lényegesen jobban kezelhető mint a már kialakult IRDS. E kérdés végleges tisztázásához szükségesnek tartjuk a steroidok bilirubin-anyagcserére kifejlesztett hatásának további részletes klinikai és biokémiai vizsgálatát.

Összefoglalás. A szerzők az IRDS megelőzésében eredményesen alkalmazott antenatalis steroid kezelés hatását vizsgálták 147 koraszülött bilirubin szintjének alakulására az első postnatalis héten, 231 profilaxisban nem részesült koraszülöttel összehasonlítva. A kezelték között szignifikánsan több volt az icterusos újszülött. A serum bilirubin értékek naponkénti átlagai az 1. és 4. napon, az egyedi maximális bilirubin értékek átlaga és a 15 mg/100 ml-t meghaladó értékek előfordulása is jelentősen magasabb volt. A szerzők áttekintik a bilirubin-anyagcserét és a steroidok lehetséges hatását az újszülöttek icterusára. Megfigyeléseik szerint a steroidok hyperbilirubinaemiát fokozó hatása nem látszik jelentősnek a tüdő érésére kifejtett előnyös hatásuk mellett.

IRODALOM: 1. *Auttolainem, I., Rheim, K.*: Perinatal Medicine. Georg Thieme, Stuttgart, 1975, 318. P. — 2. *Avery, M.*: New Engl. J. Med. 1975, 292, 157. — 3. *Bakken, A. F. és mtsai*: J. Clin. Invest. 1972, 51, 530. — 4. *Block, M. F. és mtsai*: Obstet. Gynecol. 1977, 50, 186. — 5. *Brandau, H., Metze, H.*: Mschr. Kinderheilk. 1977, 125, 430. — 6. *Brown, A. K. és mtsai*: J. Clin. Invest. 1958, 37, 332. — 7. *Caspi, E., Schreyer, P.*: Lancet. 1976, 1, 973. — 8. *Fargier, P. és mtsai*: Nouv. Presse Méd. 1974, 3, 1595. — 9. *Farrel, P. M.*: J. Steroid. Biochem. 1977, 8, 463. — 10. *Fekete M. és mtsai*: Orv. Hetil. 1977, 118, 2751. — 11. *Franke, H.*: Dtsch. Gesundh.-Wesen. 1977, 32, 294. — 12. *Gerner, R. és mtsai*: Archiv. für Gynäkologie. 1977, 224, 210. — 13. *Gmyrek, D.*: Dtsch. Gesundh.-Wesen. 1972, 27, 929. —

14. *Halberstadt, E. és mtsai*: Archiv. für Gynäkologie. 1977, 224, 209. — 15. *Hargreaves, T., Holtan, J. B.*: Lancet. 1962, 1, 839. — 16. *Hervei S.*: Az icterusos újszülött. Medicina, 1978. Budapest. — 17. *Horváth I. és mtsai*: Orv. Hetil. 1975, 116, 195. — 18. *Horváth I. és mtsai*: Acta Pediat. Acad. Sci. Hung. 1976, 17, 303. — 19. *Horváth I. és mtsai*: Gyermekgyógy. 1977, 28, 261. — 20. *Kaupilla, A. és mtsai*: Brit. J. Obstet. Gynaecol. 1976, 124, 479. — 21. *Lathe, G. H., Walker, M.*: Quart. J. Exp. Physiol. 1958, 43, 257. — 22. *Lathe, G. H.*: Scientific Foundations of Pediatrics. Ed.: Davis, J. A., Dobbing, J.: William Heinemann Medical Books Ltd., London, 1974. 105. p. — 23. *Liggins, G. C.*: J. Endocr. 1969, 45, 515. — 24. *Liggins, G. C., Howie, R. N.*: Pediatrics. 1972, 50, 515. — 25. *Lucier, G. W., McDaniel, O. S.*: J. Steroid Biochem. 1977, 8, 867. — 26. *Mannillo, R. L. és mtsai*: Pediat. Res. 1977, 11, 840. — 27. *MGYT 1976. évi nagygyűlése.* Az újszülöttellátás élet-tani és kórélettani alapjai. Kerekasztal-konferencia. Magyar Pediat. 1977, 4, 312. — 28. *Mund-Hoym, S. és mtsai*: Archiv. für Gynäkologie. 1977, 224, 213. — 29. *Murányi L.*: Gyermekgyógy. 1968, 19, 381. — 30. *Nagy Gy. és mtsai*: Magyar Nőorv. Lapja. 1977, 40, 212. — 31. *Panther-Brick, M.*: Lancet. 1976, 2, 421. — 32. *Possmayer, F. és mtsai*: Biochem. J. 1977, 166, 485. — 33. *Rosta J., Váradi E.*: Az Orvostudomány Aktuális Problémái. Medicina. 1975, 3, 147. — 34. *Patkós P.*: hozzászólás Sas M. előadásához. Magyar Pediat. 1977, 4, 370. — 35. *Soltész Gy. és mtsai*: Acta Paediat. Acad. Sci. Hung. 1976, 17, 297. — 36. *Szabó I. és mtsai*: Orv. Hetil. 1977, 118, 566. — 37. *Veszelszky I. és mtsai*: Orv. Hetil. 1976, 117, 345. — 38. *Whitt, G. G. és mtsai*: Amer. J. Obstet. Gynecol. 1976, 124, 479. — 39. *Wishart, G. J. és mtsai*: Biochem. Soc. Trans. 1977, 5, 721. — 40. *Wysowsky, D. K. és mtsai*: Pediatrics. 1978, 61, 165.

VENORUTON

gél

H 600

Antivaricosa

**KÜLSŐLEGES
HASZNÁLATRA**



ÖSSZETÉTEL:

1 tubus (40 g) 0,8 g 0-(β-hydroxyethyl)-rutosidea hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK:

Akut thrombophlebitis, varicophlebitis esetén localis fájdalom csökkentése; lobmentes, ún. „fájdalmas, meleg vénák” kezelése; lágyrészsérülések, (contusio, distorsio stb.) esetén a feszülés, ödéma csökkentése;

egyéb steril lobos állapotok (gyulladt bűtyök, lúdtalp stb.); különböző mikrocirkulációs keringési zavarok (pl. fagydaganat).

ELLENJAVALLATOK:

Jelenleg nem ismeretesek.

ALKALMAZÁS:

Reggel és este a kezelendő felületre felkenjük, egyenletes enyhe masszírozással a bőrbe bedörzsöljük. Szükség esetén borogatást (este) vagy kompressziós kötést (reggel) helyezünk fel.

MEGJEGYZÉS:

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtethető.

CSOMAGOLÁS:

40 g-os tubus, térítési díja: 4,60 Ft.

Előállító: BIOGÁL Gyógyszergyár, Debrecen, ZYMA AG licencia alapján.



2293

MARIPEN *tabletta*

ÖSSZETÉTEL

1 tbl. 500 000 NE penamecillinum-ot (benzylpenicillin-acetoxy-methylester) tartalmaz.

JAVALLATOK

1 tbl. 8–10 órán át biztosít terápiás penicillinszintet és minden olyan fertőzés kezelésére alkalmas, amelyet G-penicillin-érzékeny kórokozó idéz elő (Streptococcus haemolyticus, Gonococcus, Pneumococcus, Staphylococcus stb.), tehát elsősorban: felső légúti infekciók, tonsillitis, pharyngitis, krónikus bronchitis, tüdőbetegségekkel párosult akut és krónikus bronchitisek, pneumóniák egy része, pyodermák stb. gyógyítására. Alkalmas penicillin profilaxis céljára: reumás láz megelőzésére, továbbá általában penicillinérzékeny infekciókra hajlamosító megbetegedések kivédésére.

ELLENJAVALLATOK

Penicillinallergia.

Mint minden penicillin kezelésben, itt is figyelembe kell venni, hogy az in vivo és in vitro érzékenység nem mindig fedi egymást.

ADAGOLÁS

Napi 3–4-szer 1 tabletta, a klinikai tünetek megjavulása után naponta 3–4-szer fél tabletta általában elegendő.

Gyermekeknek: kezdeti adagolás naponta testsúlykg-onként:

6 éven alul 80 000–60 000 NE,

7–14 évesnek 50 000–40 000 NE napi három adagra elosztva.

(Gyermekeknél a magasabb egység a megadott korhatáron belüli kisebb testsúlyúakra vonatkozik.) Ezek az adagok is a klinikai tünetek javulása után – de leghamarabb a Maripen adagolás 3. napja után – megfelelően csökkenthetők. A Maripen mináig éhgyomorra adandó.

Súlyosabb esetekben parenteralis készítmény adagolása a helyénvaló.

A Maripen tabletta hatóanyagának mennyisége alapján két és félszer hatósosabb a Vegacillin tablettánál, ezért a fenti adagok a penicillinre érzékeny súlyosabb fertőzésekben is elegendők. Akut és krónikus bronchitisek esetén kezdeti kezelésre a fenti adagok a mérvadók, majd a köpetmennyiség csökkenésének állandósulása után fenntartó adagként a teljes tünetmentességig a fenti adagok fele javasolt.



BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen

Országos Ideg- és Elmegyógyintézet
(főigazgató: Tariska István dr.)

Pszichofarmakonok plazmaszintjének és terápiás hatásának összefüggései: a plazmaszint ellenőrzésének jelentősége

Máthé Valéria dr. és Kassay György dr.

A 40-es évek végén az analitikai kémiában megindult fejlődés eredményeként új, érzékeny, specifikus eljárások és mérő módszerek születtek. Ezek a 60-as évek végétől kezdve lehetővé tették, hogy egyes gyógyszerek terápiás dózisa mellett mérhesünk a vérplazmában megjelenő igen kicsiny (ng— μ g/ml nagyságrendű) koncentrációkat. Fokozatosan kirajzolódott, hogy milyen elvi alapokon, milyen körülmények között, milyen hatástani csoportba tartozó gyógyszereknél lehetséges szignifikáns kapcsolatot kimutatni a plazmaszint és a terápiás hatás között. A rendszeres kutatómunka során különböző összefüggéseket ismertünk meg különböző gyógyszerek — közöttük mintegy 9 pszichofarmakon — dózisa és plazmaszintje, valamint plazmaszintje és terápiás hatása között. Ezek alapján remélhetjük, hogy a depressióban, schizophréniában, szorongásos állapotokban használatos gyógyszerek plazmaszint ellenőrzésével növelhetjük a terápia eredményességét.

A gyógyszerek dózisa és plazmaszintjének összefüggéseit vizsgáló munkák szerzői egybehangzóan arról számolnak be, hogy azonos dózisok mellett egyedenként különböző gyógyszerszintek jelennek meg a vérplazmában. A legkülönbözőbb preparátumokra vonatkozóan egy betegcsoporton belül a talált maximális érték a minimálisnak 5—30-szorosa (imipramin: 1—6; amitriptilén: 7—9; nortriptilén: 10—14; protriptilén: 15; klórpromazin: 16—18; butaperazin: 19; meperidin: 20; klórdiazepoxid 21, 22; diazepam: 23).

A szórást csak kismértékben csökkenti, ha a gyógyszert testsúly/kg-ra vagy testfelületre számítva adagoljuk. Ikrekben végzett vizsgálatokból,

valamint családkutatások eredményeiből ismertté vált, hogy a gyógyszerszint egyedek közötti különbözősége elsősorban genetikusan meghatározott, de befolyásolják környezeti tényezők is (24—27). A gyógyszerek a máj-microsómában és a mitochondriumokban — a táplálék molekulákhoz hasonlóan — kémiai átalakuláson mennek át; metabolizálódnak, vagy más terminussal — biotranszformálódnak. — A biotranszformáció sebessége szempontjából két alaptípus van: a „gyors” és a „lassú”. Ezekből jelenik meg az öröklés folyamatában a kb. kétharmados többséget kitevő „közepes” sebességgel metabolizáló típus. A „gyors” ugyanabból a gyógyszerdózisból alacsony, a „lassú” pedig magas gyógyszerszintet fejleszt ki (28). A betegség klinikai tünetei nem árulják el, hogy adott beteg melyik metabolikus típusba tartozik. Nem deríthető fel a szokványos laboratóriumi diagnosztikai eljárásokkal sem. A differenciálás lehetőségét csak a gyógyszerszint mérése, illetve gyógyszerkinetikai vizsgálatok adhatják (29).

Az 50-es évek közepétől kezdve ismert, hogy bizonyos táplálékalkatrészek, ételízesítők és színezítők, élvezeti cikkek, úm. a kávé és a dohány, növényvédők stb. fokozzák a máj-enzimek anyagcsere-tevékenységének intenzitását. Az ilyen anyagokat enziminduktoroknak nevezzük. Ha a terápia során a szervezetbe enziminduktor kerül, meggyorsul az alkalmazott gyógyszer lebomlása és testszerte alacsonyabb koncentrációban lesz jelen.

Az enziminduktorok között különböző hatástani csoportokhoz tartozó gyógyszerek is vannak, melyek közül nagy elterjedtségük miatt a barbiturátokat és a fenilbutazont (pl. a Rheopyrin alkotórésze) mindenképpen meg kell említenünk (30, 31).

A máj-microsoma enzimjeinek aktivitását a tartós adás folyamán maga a terápiás ágens is növelheti. Pl. a klórpromazin esetében már 2—3 hetes adás után megjelenhet ez az autoindukciónak nevezett jelenség. Következtében a terápia előrehaladtával ugyanaz a dózis egyre csökkenő koncentrációkat eredményez, míg esetleg a gyógyszer-szint gyakorlatilag mérhetetlen, zéró szintre esik (32, 33).

Ismét más gyógyszerek, mint pl. a meproba-mat (Andaxin), mind a saját, mind más gyógyszerek anyagcseréjét fokozhatja (35—37). A gyógyszerek enzimindukáló képessége igen különböző (31). A nortriptilén (háza forgalomban nincs; pl. Sensival, Lilly-Olaszország) és a nitrazepam (Eunocin) csekély autoindukciós és indukciós tulajdonsággal rendelkezik (38, 39).

Az enzimindukcióval ellentétes jelenség az enzimgátlás (31, 40). Az enzimgátló szerek csökkentik a microsoma-enzimek biotranszformációs aktivitását és ezzel meglassítják más anyagok vagy a saját maguk anyagcseréjét. Pl. a diszulfiram (Antaetyl) enzimgátló szer (41).

Egyes gyógyszerek indukciós és gátló tulajdonságai egymással társulhatnak. Pl. a klórpromazin indukálja saját anyagcseréjét, de gátolja a triciklusos antidepresszánsok biotranszformációját (34). Az egyes egyedekben az enzimek indukálhatóságá-

nak, illetve gátlóhatóságának mértéke igen különböző (31).

Ikrekben végzett vizsgálatokból tudjuk, hogy az enzimindukciót elsősorban környezeti tényezők befolyásolják (25,26), de nincs okunk feltételezni, hogy ez az enzimgátlásra ne volna érvényes.

Az enzimindukció, illetve az enzimgátlás jelentősége a gyógyszeres kezelések szempontjából abban áll, hogy következményükként a szokványos gyógyszerdózisok a várhatónál alacsonyabb, illetve magasabb szintet eredményeznek.

Az enzimindukció és az enzimgátlás lehet a gyógyszerkölsönhatás speciális esete. Pl. az antiparkinson szerek vagy a magnézium és alumínium antiacidumok kölsönhatása a klórpromazinnal a vártnál alacsonyabb klórpromazin szintet eredményez (18, 42). Az anticholinergicum antiparkinson szerek a gyomor ürülésének meglassításával elhúzzák a klórpromazin felszívódását a bélből, ezért az időegység alatt kevesebb szívódik fel belőle. A szalicilátok vagy a fenilbutazon vagy a tolbutamid (Adebit) és a difenilhidantoin (Diphedan) együttes adásakor a vártnál magasabb lesz az antiepilepticum szintje (16, 43). A gyógyszerek a vérrel a szérumfehérjékhez (elsősorban az albuminokhoz) kötve transzportálódnak. A kötött gyógyszer aránya 80–95%-os is lehet. A fent említett gyógyszerek affinitása a fehérjékhez nagyobb mint a Diphedané, ezért leesorítják őt kötődési helyéről. A következmény: a vártnál nagyobb szabad Diphedan szint a plazmában.

A terápiás hatás kifejlődésének elengedhetetlen alapfeltétele az adekvát gyógyszer szint. A különböző pszichofarmakonok terápiás hatásának és plazmaszintjének összefüggésével foglalkozó munkák döntő többsége azt bizonyítja, hogy a gyógyszerre jellemző alsó koncentrációhatár mellett nincs terápiás hatás (imipramin: 1–6; amitriptilén: 7–9; nortriptilén: 10–14, 16; protriptilén: 15; klórpromazin: 16–18).

Egyes gyógyszereknél még felső koncentrációhatár is van, melyen túl a plazmaszint növekedésével a terápiás hatás is csökken (9, 11, 14, 15). Más munkák eredménye arra utal, hogy a terápiás hatáshoz nemcsak a bomlatlan anyavegyületnek, de a belőle keletkező aktív metabolitnak is bizonyos alsó határszintet kell elérnie és egymással meghatározott arányban kell lenniük (6).

Ismét más gyógyszerre vonatkozóan a metabolitok egymáshoz viszonyított meghatározott arányát találták lényegesnek (44–46).

Az anyavegyület-metabolit arány oly módon kapcsolódik a két alapvető metabolikus típushoz, hogy ez a „gyorsnál” a metabolit, a „lassúnál” az anyavegyület javára van eltolva a „közepes” metabolizáléhoz képest (6). Az adekvát gyógyszer szintet az orvos a dózissal állítja be. Igaz ugyan, hogy az adott dózisok hatására kifejlődő gyógyszer szintek az egyedek között nagymértékben eltérők, de az egyes egyedekben a dózis emelésére a plazmaszint emelkedik, csökkentésére csökken (12). A teljesség kedvéért megemlítenéd, hogy bizonyos határdózistól kezdve a dózis növelésével a koncentráció csökken (45, 46).

A gyógyszerkoncentráció és a terápiás hatás között még egy lényeges láncszem van, a beteg terápiás reakciókészsége. Ennek következtében azonos gyógyszer szint mellett egyedenként mennyiségileg, sőt esetleg minőségileg is különböző terápiás választ kaphatunk. Úgy tűnik azonban, hogy a koncentráció-terápiás reaktivitás összefüggés variációjája kisebb mint a dózis-koncentráció összefüggése. A terápiás reakciókészséget örökletes és környezeti tényezők szabják meg, de belejátszik a betegség természete, tartama és lefolyási típusa is. A terápiás reakciókészség egyedi változatait jelentik a klinikai-kémiai korrelációkat vizsgáló munkákban leírt „rendhagyó” betegek, akik vagy a másokon talált alacsony, vagy éppen az excesszív plazmaszintek mellett kerültek jó remissióba, vagy pedig adekvátnak tartott szint ellenére sem javultak. Az általánostól eltérő esetek számarányát a különböző szerzők közül egyik sem adja meg; csak sejteni lehet, hogy elenyésző kisebbséget jelentenek.

A betegek eltérő metabolikus típusa és reakciókészsége indokolja, hogy a dózis-koncentráció-terápiás hatás eddig megismert összefüggéseit a betegellátó részleg és a laboratórium csapatmunkájával igyekezzünk értékesíteni a gyógyító gyakorlatban. Az erre irányuló operatív tevékenység a következőképpen képzelhető el:

A terápiát vezető orvos — ismeretei és tapasztalatai alapján — a beteget az optimálisnak tartott gyógyszerdózissal kezelni kezdi. Regisztrálja a klinikai állapotot és ellenőriztet a gyógyszer plazmaszintjét (az első hónapban kéthetente, azután havonta). Ha a beteg klinikai állapota kielégítően javul, a dózissal további teendője nincs, bármilyen plazmaszint mellett következett is be a remissio. Ha a klinikai állapot változatlan, vagy romlik, a gyógyszer szintet soron kívül ellenőrzendő. Ha a plazmaszint nulla, a beteg egyáltalán nem szedi a gyógyszert. Ha rendszertelenül veszi be, a folyamatos ellenőrzés alacsony, unduláló plazmaszintet mutat. Pszichoterápiás beavatkozás szükséges. Ha a plazmaszint alacsony — a malabsorptio kizárása után — számításba jöhet: 1. hogy a beteg gyorsan metabolizáló; 2. a gyógyszer indukálta saját anyagcseréjét vagy 3. egy másik gyógyszer idézett elő indukciót. A klinikus, a klinikai farmakológus és esetleg az analitikus vegyész konzultációjával sikerül kiválasztani a három lehetőség közül az aktuálisat. A malabsorptio kiküszöbölésére irányuló tennivalókat itt nem tárgyaljuk, egyebekben a kezelő orvos tennivalója a következő:

1. a dózis emelése, 2. a per os gyógyszerforma átcserélése a parenterálisra. A per os adott gyógyszer ugyanis a v. portae rendszerén keresztül nagy mennyiségben kerül a májba és ott a bontó enzimeket gyors munkára ingerli („first pass effect”): a gyógyszer koncentrációja testszerte alacsony lesz. Parenterális adása esetén a gyógyszer előbb a systemás keringésbe kerül és felhígulva jut a májba. Kisebbségi koncentráció az enzimek számára is kisebb ingert jelent és ez lassúbb biotranszformációt, magasabb gyógyszer szintet eredményez. Az autoindukció ellenszereként hasonló mechanizmus alapján a napi dózist több részre osztva adhatjuk. Számításba jöhet a gyógyszer időleges kihagyása vagy

átcserelése más készítményre. Az indukciónak nincs „memória effektusa”. A szervezet 1–3 hét alatt „elfelejti” a gyógyszert és az autoindukció megszűnik. 3. A szimultán adott gyógyszer dózisának csökkentése, átcserelése, vagy kihagyása, esetleg az alapgyógyszer dózisának emelése.

Ha a beteg állapota nem javul és olyan gyógyszert kap, melyről kimutatták, hogy adott felső határon túl koncentrációjának növelése ellenére a terápiás hatása csökken (protriptilén, nortriptilén, esetleg az amitriptilén és a klórpromazin), a dózis csökkentése javallt. A dózisredukció akkor is indokolt, ha nincsenek mellékhatások. Kimutatták, ugyan, hogy a triciklusos antidepresszánsok és a klórpromazin mellékhatásai gyakoribbak ugyan magas plazmaszintek mellett, de észlelhetők alacsonyakkal is; más esetekben nem jelennek meg a mellékhatások magas gyógyszer-szintek mellett sem (6, 33). Az egyensúlyi plazmaszint ismerete segíti a kezelő orvost abban, hogy milyen értelemben célszerű a dózist megváltoztatnia. A laboratóriumi munkacsoport feladata — az analitikai munka mellett —, hogy ellenőrzés alatt tartsa a gyógyszer plazmaszintjét befolyásoló klinikai tényezőket. Ezek közül a legfontosabbak; a gyógyszer felszívódási folyamata, eloszlása, biotranszformációja, kiürülése a vesén át, fehérjekötődése.

Mindebből kitűnik, hogy a gyógyszer-szint ellenőrzés alkalmazása a terápiás gyakorlatban, csapatmunkát kíván. Az együttesben mindenkinek megvan a jól meghatározott szerepe és jelentősége. Biztos azonban, hogy kizárólag a laboratóriumi adat alapján nem történhet terápiás döntés. Ez a többi szakemberrel történő konzultáció alapján, a kezelő orvos joga; a gyógyszer-kinetika „szolgája” és nem „mestere” a terápiának (49).

Ha megvizsgáljuk, milyen változtatást kívánunk terápiás stratégiánkban a klinikai-kémiai vizsgálatok eredményei, a következők mondhatók: A terápia vezérelve eddig kizárólag a dózis változtatása volt; terápiás eredménytelenség esetén emeltük a dózist, mellékhatások fellépése esetén csökkentettük. Az új eredmények birtokában ezt csak általánosságban tartjuk helyesnek. Stratégiánkat ki kell egészítenünk azzal, hogy sok esetben a dózis csökkentése az adekvát, még mellékhatások távollétében is. Hogy adott esetben mit tegyünk, abban segít eligazodni a laboratóriumi kontroll. A helyes dózis megválasztásában a gyógyszer plazmaszint-kontrollja „trial and error” hosszadalmasabb empirikus módszerét objektív mutatón alapuló rövidebb eljárással helyettesíti. A célzást a betegség tüneteire irányzékkal látja el, tehát több találatot, a terápia hatékonyságának megnövekedését ígéri.

Új tudásunk alapján a dózist a terápia durva állítócsavarjának tekintjük, a finom szabályozónak pedig a gyógyszer-szintet. Egyszerűen: a gyógyszer plazmaszintjének ellenőrzése lehetővé teszi — gyógyszerenként és egyedenként — az optimális dózis kiválasztását.

A gyógyszer-szint ellenőrzésének bevezetése nemcsak a kórházban volna célszerű, hanem az ambuláns betegellátásban is. Napjainkban világszerte a schizophrénia és a depressio kórházi kezelésének ideje rövidül, az ambuláns utógondozás

pedig nő. Az enyhe esetek ellátása egyre inkább a gondozókba tevődik át. Az ambuláns beteg sokkal lazább ellenőrzés alatt van, mint a kórházi. A szocioterápia fejlődése és térhódítása következtében — kívánatos módon — a kórházi betegek is nagyobb szabadságot élveznek mint régen. A „nyitott ajtó” szimbóluma annak, hogy a beteget nem kizárni akarjuk a társadalomból, hanem éppen oda akarjuk visszavezetni. A nagyobb szabadság azonban bizonyos, kiküszöbölendő veszélyekkel is jár: a beteg a gyógyszert rendszertelenül szedheti, dózisát a mellékhatások mérséklése céljából önkényesen csökkentheti vagy a terápiát az orvos tudta nélkül befejezheti; elő nem írt gyógyszereket szedhet, kávé-, alkohol- és nikotinfogyasztása laza kontroll alá kerül. A gyógyszer-szint laboratóriumi ellenőrzése a kisiklásokat fölfedi és időben lehetővé teszi az orvosi beavatkozást. Emellett a pszichoterápiás kontaktus a beteggel a rendszeres ellenőrzésre járás következtében erősödik.

A pszichofarmakonok plazmaszintjének ellenőrzése ma még világszerte szórványosan valósul meg. Ennek egyik oka, hogy még mindig csak kis számú gyógyszer meghatározására van valóban specifikus analitikai módszerünk. A másik ok, hogy a gyógyszerkoncentráció és a terápiás hatás összefüggéseit bizonyító munkák nem régen, 1971 óta jelennek meg nagyobb számban az irodalomban. Közben jelennek meg negatív eredménnyel zárult munkák; bizonyos ellentmondások kiküszöböléséhez és értelmezéséhez is idő kell. A másik ok, hogy a pszichofarmakonok aránylag magas terápiás indexű gyógyszerek, azaz hatékony és toxikus dózisuk viszonylag távoliesik egymástól. Így kevésbé áll fenn az alacsony terápiás indexű gyógyszerek ismert veszélye, hogy a beteg a hatástalanság és a toxikózis között ingadozik. A pszichiátriában gyakran használt két alacsony terápiás indexű gyógyszer, a lítiumsók és a difenilhidantoin származékok gyakran riasztó toxikus tünetei már évekkel ezelőtt kikényszerítették a rendszeres gyógyszer-szint ellenőrzésének megszervezését. Ismét más ok, hogy a gyógyszer-szint meghatározás módszerei költségesek.

Az USA-ban és Svédországban már működnek speciális laboratóriumok. Egy amerikai közlemény (47) 150 ambuláns beteg triciklusos antidepresszáns kezelése kapcsán beszámol arról, hogy a laboratóriumi lelet alapján dózisemeléssel remissiót sikerült elérni olyan betegeken, akiken a hatástalanul alacsony gyógyszer-szintet a gyors metabolizmus, vagy a gyógyszer-szedés megszüntetése okozta. Ez utóbbit a beteg tagadta, de a laboratóriumi vizsgálat felfedte. Más betegek szubjektív mellékhatásokról panaszkodtak; a plazmaszint ellenőrzése ennek ellenére alacsony gyógyszerkoncentrációt mutatott. A dózis emelésére az addig késlekedő remissio bekövetkezett.

További betegeken az ellenőrzés igen magas gyógyszer-szintet talált; a kezelő orvos kiderítette, hogy a beteg az előírtnál nagyobb gyógyszer-mennyiséget szedett. A dózis csökkentésére a beteg remissióba került. Ismét más betegek psychés állapota a posztulált adekvát szintek ellenére sem javult. A laboratóriumi lelet alapján a kezelő orvos

ezeknél a triciklusos kezelést abbahagyta. Az idézett munka szerzői sajnos nem közlik, hogy az esetek hány százalékában tette a laboratóriumi vizsgálat lehetővé a remissiót hozó dózis beállítását. Egy svéd munka szerzőinek (29) durva becslése szerint a vizsgálatok 10%-ában sikerült a laboratóriumnak segítséget nyújtania az eredményes dóziszválogatáshoz. Ebben a laboratóriumban többségben nem pszichofarmakonok plazmaszintjét ellenőrzik; a 10 százalék az összes gyógyszerekre együttesen vonatkozik.

Pszichofarmakonok plazmaszint kontrolljának értékét, mint a remissió arány növelésének eszközét, még nem tették célzott tanulmányok tárgyává. Az azonban bizonyos, hogy már csak a gyógyszert nem szedő, vagy nem az előírásoknak megfelelően szedő betegek kiszűrésével is, a plazmaszint kontroll nagy szolgáltatást tehetne a gyógyító gyakorlatnak. Különböző közlemények a terápián nem kollaborálókat számát a kórházakban 20, az ambulanciákon több mint 40%-ra teszik (50–52). A lefolyókban elúszó gyógyszer tetemes pénzösszeget jelent. Az elpocsékolat gyógyszer még nem a teljes anyagi kár; akkor még nem számoltunk a kórházi költségek, a kifizetett táppénz növekedésével és a termelési érték kiesésével.

A rendszeres gyógyszeres szint ellenőrzésnek pszichoterápiát támogató hatása is van. A már idézett amerikai (42) és egy dán munka szerzői (43) leírják, hogy a gyógyszereszedés abbahagyását tagadó betegek a laboratóriumi lelet bizonyító súlya alatt nemcsak beismerik mulasztásukat, hanem a továbbiakban rábíráhatók a rendszeres és helyes gyógyszerhasználatra.

Ráébrednek ui. arra, hogy helytelenségük az orvos előtt úgysem marad titokban.

Célzott munkák hiányában egyelőre viszont ismeretlen, hogy a genetikai + környezeti tényezők következtében inadekvát gyógyszeres szintű betegek esetében a dóziskorrektúra milyen arányban növelné a terápiás eredményeket. *Perel és mtsai* (5) imipramin kezelés kapcsán egy 18-as létszámú depressziós csoportban a 6 nem javult beteg közül 5-ben észleltek alacsony gyógyszeres szintet. A dózis emelésére az 5 közül 3-ban bekövetkezett a remissio.

A szórványos irodalmi adatokból úgy tűnik, hogy látszatra nem nagy fokban lehetne a remissiók gyakoriságát növelni a gyógyszeres szint ellenőrzése alapján. Ha azonban tekintetbe vesszük, hogy a gyógyszeres sikerrel kezelhető két endogén elmebetegség, a schizophrénia és a depressio lefolyása krónikus, a remissiót visszaesések tartják, tehát a gyógykezelés költségei egy beteg élete folyamán visszatérő tételként szerepelnek, kérdés, hogy a laboratóriumi ellenőrzés költségei mégis nem térülnének-e meg.

Az idézett irodalmi adatok véleményünk szerint mind a felmérő klinikai-kémiai vizsgálatok elvégzését, mind a gazdasági becslést legalábbis idősebbé teszik. Gyógyszeriparunk fejlődése érdekében amúgy is sürgetővé vált a nagy betegintézmények klinikai-farmakológiai laboratóriumainak alkalmassá tétele minél több gyógyszer plazmaszintjének meghatározására. Az ilyen laboratóriu-

mok, pszichiátriai osztályok és elmebeteg-gondozók csapatmunkája dönthetné el a pszichofarmakonok plazmaszint-ellenőrzésének gyakorlati értékét.

Összefoglalás. A pszichofarmakonok azonos dózisaitól igen különböző plazmaszintek fejlődnek ki a különböző egészséges és elmebeteg egyedekben. Ennek fő oka, hogy a gyógyszerek lebontási folyamatai örökletesen különböző intenzitásúak, de a környezeti tényezőknek is van módosító hatásuk (táplálkozás, környezeti mérgek, gyógyszerkölsönhatás stb.). A pszichofarmakonok — más gyógyszerekhez hasonlóan — egy bizonyos jellemző alsó plazmaszint-határ alatt, de egyes készítmények egy jellemző felső határ felett is, terápiásan hatásosak. A gyógyszerek egyedi optimális terápiás dózisának kiválasztásához a plazmaszint meghatározása nagy segítséget nyújt; rendszeres ellenőrzéstől a terápiás eredmények javulása várható.

IRODALOM: 1. Yates, C. M. és mtsai: J. Pharm. Pharmacol. 1963, 15, 432. — 2. Haydu, G. G. és mtsai: Am. J. Psychiat. 1962, 119, 574. — 3. Walter, C. J. S.: Proc. Roy. Soc. Med. 1971, 64, 282. — 4. Moody, J. P. és mtsai: Brit. J. Psychiat. 1967, 113, 183. — 5. Perel, J. M. és mtsai: L. A. Gottschalk, S. Merlis eds.: Pharmacokinetics of psychoactive drugs: blood levels and clinical response. SP Books Division of Spectrum Publications Inc. New York, Halsted Press. J. Wiley and Sons. New York stb. 1976. 229. old. — 6. Gram, L. F. és mtsai: Clin. Pharmacol. Ther. 1976, 19, 318. — 7. Braithwaite, R. A. és mtsai: Lancet. 1972, I, 1297. — 8. Ziegler, V. E. és mtsai: Clin. Pharmacol. Ther. 1976, 19, 795. — 9. Asberg, M. és mtsai: Brit. med. J. 1971, 3, 331. — 10. Asberg, M.: Clin. Pharmacol. Ther. 1974, 16, 215. — 11. Kragh-Sørensen, P. és mtsai: Lancet. 1973, I, 113. — 12. Burrows, G. P. és mtsai: Clin. Pharmacol. Ther. 1974, 16, 639. — 13. Ziegler, V. E. és mtsai: Clin. Pharmacol. Ther. 1976, 20, 458. — 14. Ziegler, V. E. és mtsai: Arch. gen. Psychiat. 1974, 34, 607. — 15. Whyte, S. F. és mtsai: Br. J. Psychiat. 1976, 128, 384. — 16. Curry, S. H. és mtsai: Life Sci. 1968, 7, 9. — 17. Rivera-Calimlim, L. és mtsai: Clin. Pharmacol. Ther. 1973, 14, 978. — 18. Rivera-Calimlim, L. és mtsai: Am. J. Psychiat. 1976, 133, 646. — 19. Cooper, T. B., Simpson, G. M.: L. A. Gottschalk, S. Merlis (eds.): Pharmacokinetics of psychoactive drugs: blood and clinical response. SP Books Division of Spectrum Publications Inc. New York, Halsted Press. J. Wiley and Sons, New York stb. 1976. 23. old. — 20. Elliott, H. W.: és mtsai: Compr. Psychiat. 1974, 15, 249. — 21. Gleser, G. C. és mtsai: Arch. gen. Psychiat. 1965, 13, 291. — 22. Gottschalk, L. A., Kaplan, S. A.: Compr. Psychiat. 1972, 13, 519. — 23. Bianchi, G. N. és mtsai: Psychopharmacologia (Berl.) 1974, 35, 113. — 24. Alexander, B.: cit. Sjöqvist, F.: Int. Pharmacopsychiat. 1971, 6, 147. — 25. Alexander, B., Sjöqvist, F.: Ann. N. Y. Acad. Sci. 1971, 179, 739. — 26. Alexander, B. és mtsai: Brit. med. J. 1969, 4, 764. — 27. Asberg, M. és mtsai: J. med. Gen. 1971, 8, 129. — 28. La Du, B. N., Mandel, H. G., Way, E. L. (eds.): Fundamentals of drug metabolism and drug distribution. Williams and Wilkins Co., Baltimore, 197?, 308. old. — 29. Sjöqvist, F., Bertilsson, L., Davies, D. S., Prichard, B. N. C. (eds.): Biological effects of drugs in relationship to their

plasma concentrations. — 30. *Avelleda, M.*: Medicina (Buenos Aires) 1955, 15, 109. — 31. *Conney, A. H., La Du, B. N., Mandel, H. G., Way, E. L.* (eds.): Fundamentals of drug metabolism and drug distribution. Williams and Wilkins Co., Baltimore, 1971. 253. old. — 32. *Lader, M.*: Pharmacopsychiat. 1976, 9, 170. — 33. *Curry, S. H. és mtsai*: Arch. gen. Psychiat. 1970, 22, 289. — 34. *Gram, L. F., Overs, K. F.*: Brit. med. J. 1972, 1, 463. — 35. *Douglas, J. F. és mtsai*: Proc. Soc. exp. Biol. Med. 1963, 112, 436. — 36. *Phillips, B. M. és mtsai*: J. Pharmacol. exp. Ther. 1962, 135, 223. — 37. *Kato, R., Vasanelli, P.*: Biochem. Pharmacol. 1962, 11, 779. — 38. *Pond, S. M. és mtsai*: Clin. Pharmacol. Ther. 1975, 18, 191. — 39. *Hildebrandt, A. G. és mtsai*: Eur. J. clin. Pharmacol. 1975, 8, 327. — 40. *Zubrod, C. G. és*

mtsai: J. clin. Invest. 1948, 27, 114. — 41. *Vessel, E. S. és mtsai*: Clin. Pharmacol. Ther. 1971, 12, 785. — 42. *Forrest, F. M. és mtsai*: Biol. Psychiat. 1970, 2, 53. — 43. *Lunde, P. K. M. és mtsai*: Clin. Pharmacol. Ther. 1970, 11, 846. — 44. *Sakalis, S. és mtsai*: Psychopharmacologia. 1973, 32, 279. — 45. *Mackay, A. V. P. és mtsai*: Br. J. Pharmacol. 1974, 1, 425. — 46. *Wiles, D. H. és mtsai*: Psychol. Med. 1976, 6, 407. — 47. *Biggs, J. T. és mtsai*: J. nerv. ment. Dis. 1976, 162, 46. — 48. *Kragh-Sørensen, P. és mtsai*: Psychol. Med. 1974, 4, 174. — 49. *Dollery, C. T.*: Europ. J. clin. Pharmacol. 1973, 6, 1. — 50. *Renton, C. A. és mtsai*: Acta psychiat. Scand. 1967, 39, 548. — 51. *Salvensen, C.*: Acta psychiat. 1973. suppl. 246. 22. — 52. *Wilson, J. D., Enoch, M. D.*: Brit. J. Psychiat. 1967, 113, 209.

OVIDON[®] tablettá

ÖSSZETÉTEL: 1 tablettá 0,25 mg d-norgestrelt és 0,05 mg aethinyloestradiolumot tartalmaz.

HATÁS: AZ OVIDON két komponensű, orálisan alkalmazható anticoncipiens, amely az ovuláció gátlásával hat. Optimálisan alacsony hatóanyag-tartalma miatt ritkán okoz mellékhatást, a szervezetet nem károsítja, a későbbi — már kívánt — terhességet nem befolyásolja.

JAVALLAT: Orális fogamzásgátlás.

ELLENJAVALLAT: Hepatitis utáni állapotok, súlyos idiopathiás terhességi icterus és súlyos terhességi pruritus az anamnesisben, Dubin-Johnson- és Rotor-syndroma, májműködési zavarok, cholecystitis, thrombosis-készség, súlyos organikus szívbetegség, chronikus colitis, az endocrin mirigyek betegségei, malignus tumorok, elsősorban emlőcarcinoma, továbbá lactatio és intolerancia.

ALKALMAZÁS ES ADAGOLÁS: Az OVIDON tablettá szedését a menstruatio első napjától számított 5. napon kell elkezdni, és 21 napon át napi 1 tablettát kell azonos napszakban, lehetőleg este bevenni. Ezt követően 7 nap szünetet kell tartani, ami alatt menstruationszerű megvonásos vérzés jelentkezik. Függetlenül ennek bekövetkeztétől és tartamától az 1 hetes szünetet követő napon az újabb 21 napos kúra megkezdhető. A fenti adagolási mód mindaddig folytatható, amíg a terhesség megelőzése kívánatos. Rendszeres szedés esetén a fogamzásgátló hatás az 1 hetes tablettaszedési szünetre is kiterjed. Ha a tablettá bevétele egy napon elmarad, ezt legrövidebb időn belül pótolni kell. Nem tekinthető folyamatosnak az ovulációgátlás, ha a kúra folyamán 2 tablettá bevétele között 36 óránál hosszabb idő telik el. A kezelés során esetleg jelentkező enyhe, pecsételő vérzés nem indokolja a kúra megszakítását. Erősebb áttöréses vérzés esetén a tablettá szedését abba kell hagyni, és a vérzés 1. napjától számított 5. napon újabb 21 napos kúrát kell elkezdni. Az áttöréses és pecsételő vérzés jelentkezése az OVIDON-kúrák előrehaladtával csökken, majd rendszerint meg is szűnik. Functionális vérzészavarok, közepidős fájdalom, dysmenorrhoea esetén az OVIDON tablettá therapiás értékű.

MELLEKHATÁSOK: A kúra kezdetén esetleg jelentkező gastrointestinalis tünetek, mellfeszülés, testsúlynövekedés a folyamatos kezelés során rendszerint csökkennek vagy megszűnnek. Varicositasban, epilepsiában, hypertoniában, depressióval járó psychiatriai kórképekben, diabetes mellitusban a készítmény alkalmazása körültekintést igényel.

MEGJEGYZÉS: Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.

CSOMAGOLÁS: 21 tablettá

Térítési díj: 2,20 Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

PH

2299



A THERMOFLUX automata
kézszárító készülék
kiválóan alkalmas
kórházakban és orvosi
rendelőintézetekben,
ahol egyéni rendeltetésű
törülköző nem alkalmazható
higiénikus kézszárítás
céljára. Működése teljesen
automatikus: sem be-
sem kikapcsolni nem kell.



Gyártja:

IPARI MŰSZERGYÁR, IKLAD

2170 Aszód Pf: 2 Telefon: Aszód 60.

Forgalomba hozza: **RAVILL KERESKEDELMI VÁLLALAT**



**ÉS A VIDÉKI VAS- ÉS MŰSZAKI
KERESKEDELMI VÁLLALATOK**

A photograph of a woman with short brown hair, smiling warmly at a baby she is holding. The baby has light blonde hair and is looking up at the woman. The baby is wearing a white, fuzzy garment with colorful floral patterns. The background is a solid red color.

Robébi "A"

GYÓGYTÁPSZER

A Robébi „A” kémiai és mikrobiológiailag ellenőrzött tej, tejsír, növényi olaj, laktóz, szacharóz, ásványi anyagok és vitaminok homogenizátumából porlasztva szárítási gyártástechnológiával előállított tápszerkészítmény. A fiatal csecsemő nagy fehérjeszükségletének megfelelő fehérjetartalmat biztosít. Kalóriaértéke azonos az anyatejével (71 Kal).

Robébi "A"

GYÓGYTÁPSZER



ÖSSZETÉTEL

	Robébi „A” tápszerpor, %	Robébi „A” fogyasztásra kész tápszeroldat (1 dl) g/100 ml	Anyatej, g/100 ml
Fehérje	14,6	2,10	1,2
Zsír	23,6	3,40	4,0
Szénhidrát	55,5	8,00	7,0
Ásványi anyagok + vitaminok	3,3	0,50	0,2
	100 g = 492,8 Kal	100 ml (1 dl) = 71 Kal	100 ml = 71 Kal

Vitamintartalom 100 ml- (1 dl-) ben

Vitamin A	300 NE
Vitamin B ₁	0,08 mg
Vitamin B ₂	0,12 mg
Vitamin B ₆	0,05 mg
Vitamin C	6,00 mg
Vitamin E	1,00 mg
Biotin	0,01 mg
Niacin	0,80 mg
Ca-pantotenát	0,20 mg

JAVALLATOK

Az anyatej teljes hiánya esetén annak pótlására, ill. csökkent tejelválasztás esetén az anyatej kiegészítésére adható az első 3 élethónapban, ill. a 4,5 kg (max. 5 kg) testsúly eléréséig.

A TÁPSZEROLDAT ELKÉSZÍTÉSE

A dobozban levő adagolókanálkával (1 kanál tápszer = 5 g) anynyiszor 3 lesimitott kanálnyi tápszerport (kb. 15 g) veszünk ki, ahány deciliter (100 ml) tápszeroldatot akarunk készíteni. A tápszeroldatot felforralt és 60 °C-ra hűtött vízzel készítjük el. A gyógytápszerhez további adalékanyagok (pl. cukor) hozzáadása szükségtelen. A már felbontott dobozból a tápszerport két héten belül fel kell használni!

ADAGOLÁS

A napi adag testsúlykilogrammonként 150 ml (másfél dl) tápszeroldatnak felel meg. Ha az orvos másként nem rendelkezik, ezt a mennyiséget elosztva napi 5–6 alkalommal kell a csecsemő-

nek adagolni. Az esetben, ha más — nem tejes — ételt (pl. főzeléket) is kap, akkor a tejadagok számát megfelelően csökkenteni kell.

Az **egyszeri** tápláláshoz szükséges mennyiségek kb. a következők:

- 3 kg-os csecsemőnek 2 adagolókanál tápszerpor + 75 ml ($\frac{3}{4}$ dl) víz, napi 6 alkalommal;
- 4 kg-os csecsemőnek 4 adagolókanál tápszerpor + 125 ml ($1\frac{1}{4}$ dl) víz, napi 5 alkalommal.

A fenti táplálási ajánlatot csak általános irányelveként közöljük. Bármilyen észrevétel esetén orvos vagy védőnő tanácsát kell kérni.

Megjegyzés: anyatej pótlására, továbbá gyógyítás céljára, csecsemők táplálkozási zavarainak megszüntetéséhez az első 3 hónapban, ill. 4,5 (max. 5) kilogramm testsúly eléréséig rendelhető, minden esetben térítésmentesen. Rendelésre jogosultak mindazok az orvosok, akiknek a gyógyító-megelőző ellátás keretében a csecsemőellátás a feladatkörükbe tartozik.



Csomagolás: 500 g 30,90 Ft

Égyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR

Fővárosi István Kórház-Rendelőintézet,
Merényi Gusztáv Kórház,
Belgyógyászati Osztály
(osztályvezető: Gerő Andor dr.),
Laboratórium
(osztályvezető: Nyíri László dr.)

A szérumszintjének változása myocardialis infarctus akut szakában

Bárfai Judit dr., Nádas Károlyné
és Klátyik Mária dr.

Az utóbbi évtizedben a myocardialis infarctusok száma tovább emelkedett. A WHO 1972-es összesített adatai is ezt tükrözik: a halálokok 46%-a cardiovascularis eredetű, s ennek 22%-a myocardialis infarctus (15).

Az akut szívizomelhalást követő enzim-, elektrolitváltozások mellett több szerző beszámolt az ionok, nyomelemek és szérumszintjének változásáról is (2, 5, 6, 8, 9). Halsted és Wacker azt tapasztalták, hogy akut myocardialis infarctusban (AMI) a cink koncentrációja csökken, majd a gyógyulással egyidejűleg normalizálódik (18). Handjani és mtsai a vas hasonló viselkedését észlelték AMI-ben (9). Sigurd és Barash is beszámolt a szérumszint szignifikáns csökkenéséről az infarktust követő 72 órában (2). Hazai irodalomban mind Jakab és mtsai, mind Vizer és mtsai hasonló eredményre jutottak (10, 19). A fenti közlemények ösztönöztek bennünket a vizsgálatok elvégzésére, melyeket a következőkben ismertetünk.

Anyag és módszer

25 AMI-ben és 5 subendocardialis ischaemiában szenvedő betegen végeztük vizsgálatunkat az utóbbi egy év beteganyagából. Az életkor 34 és 67 év között változott, a betegek közül 7 nő, 23 férfi volt. Diagnózisunk a típusos anamnézis, status mellett a jellemző EKG és enzimváltozáson alapult. Cardiogen shockos beteg anyagunkban nem szerepelt. A betegek haematokrit, haemoglobin és fehérje értéke a normális határokon belül volt. Minden beteget oxigenizáltunk (5 l/perc), azonos terápiás elv szerint cocktaileztünk, antiarrhythmias és anticoagulans kezelésben részesítettünk. Étrendjük egységes volt.

SGOT-t Karmen, SGPT-t Reitman—Frankel módszerével (1—20 mU/100 ml, CPK-t Boehringer-testtel (1—50 mU/ml) végeztünk. A szérumszintjét és teljes vaskötő kapacitását (TVK) batofenantrolinnal határoztuk meg a 3., 10. és 21. napon. Vért vasmentes csőbe, éhomyra, reggel hét és kilenc óra között vettünk. A vizsgálati anyagból két párhuzamos meghatározás történt. A normál kontroll szérumszint vas értéke átlaga: 90,4 $\mu\text{g}/100\text{ ml}$ (SD=9,66); a TVK-é 270 $\mu\text{g}/100\text{ ml}$ (SD=24,23). A kontroll csoportban 25 a beteganyagunkkal azonos korú és nemű egészséges egyén szérumszint vas és TVK értékét határoztuk meg. Alapfeltételnek tekintettük a normális haematokrit, haemoglobin és összfehérje értéket. A semiquantitatív immunelfo vizsgálatot Scheidegger mikromódszerével végeztük.

Eredményeink

25 AMI-ban szenvedő betegünkön az akut tüneteket követő harmadik napon a szérumszint szignifikáns csökkenést mutat, majd a 3. és 10. nap között szignifikánsan emelkedik (Student-féle t-próbával $p < 1\%$).

A szérumszint és TVK változását az AMI első három hetében az 1. ábra szemlélteti.

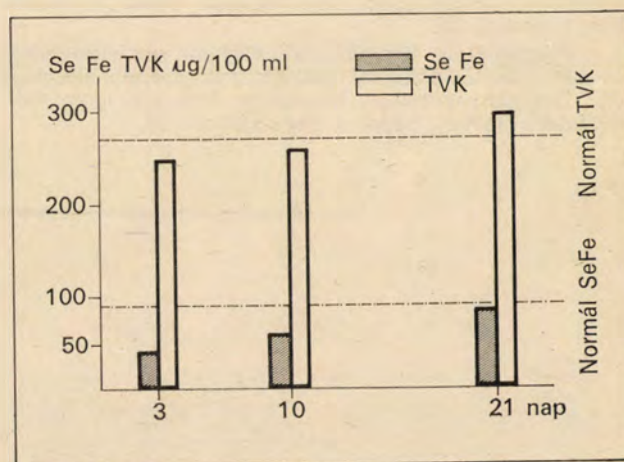
Az átlagos szérumszint az infarktust követő 3. napon 38,5 $\mu\text{g}/100\text{ ml}$ -re (SD=11,4) csökkent. A minimális érték 10 $\mu\text{g}/100\text{ ml}$ volt. A 10. napra értéke átlagban 59 $\mu\text{g}/100\text{ ml}$ -re (SD=18,1) emelkedik. A vizsgálat 21. napján 82,2 $\mu\text{g}/100\text{ ml}$ -re (SD=12,1) nő az átlagos szérumszint, a harmadik nap értékének mintegy kétszeresére. A harmadik hét értéke megközelíti a normális tartományt.

A TVK változása vizsgálatunkban párhuzamosan alakult a szérumszinttel. A 3. napon 245 $\mu\text{g}/100\text{ ml}$ -re (SD=42,7) csökkent a TVK, majd a 10. napon 254,6 $\mu\text{g}/100\text{ ml}$ -re (SD=50,1) emelkedett. A harmadik héten 291 $\mu\text{g}/100\text{ ml}$ -es (SD=52) átlagértékkel eléri a normális TVK szintet.

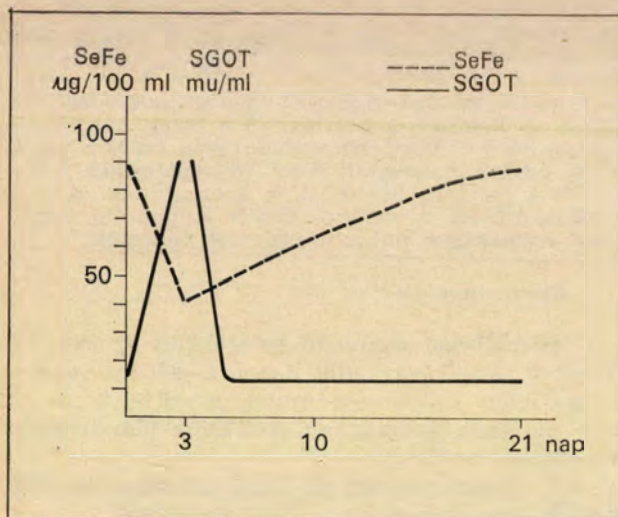
A szérumszint csökkenése ellentétes irányú a CPK és SGOT szint alakulásával. A SGOT maximális emelkedését a második és harmadik napon éri el. A szérumszint a harmadik napon a legalacsonyabb. A SGOT és szérumszint viszonyát a 2. ábra szemlélteti.

Megbeszélés

Vizsgálatainkban a szérumszint csökkenése a myocardialis infarctus súlyosságával párhuzamosan alakult. Nagyobb enzimemelkedés során a szérumszint csökkenése kifejezettebb volt, las-



1. ábra: Se, Fe szint és TVK szint változása myocardialis infarctus 1–21. napján



2. ábra: SGOT és se. Fe szint viszonya myocardialis infarctus 1–21. napján

sabban normalizálódott. Subendocardialis ischaemia esetén a vasszint gyorsabb rendeződését észleltük. Rhythmus-zavar, infarctus lokalizációja az eredményeket nem befolyásolta.

Immunelfo vizsgálat az esetek mintegy harmadában történt a 3., 10. és 21. napon. A coeruloplasmin emelkedését és transferrin csökkenését észleltünk az irodalmi adatokkal egybevágóan. Az esetek kis száma és a módszer semiquantitativ volta miatt az utóbbi eredmények következtetésre nem alkalmasak.

Handjani, Nitter, Barash, Vizer és Jakab vizsgálataival megegyező eredményre jutottunk AMI-ban. A fenti hypoferraemia okát illetően az irodalomban igen eltérő magyarázatok vannak (13, 17, 16).

Alacsony vasszinttel járó társbetegségben AMI-os betegeink nem szenvedtek. (Pl.: anaemia, rheumatoid arthritis, malignus folyamat, malabsorptio, chr. gyulladás.)

A gyulladás mechanizmusa sem ad magyarázatot az AMI-os betegek szérumszintjének változására. Barash és mtsai vizsgálata alapján míg gyulladásban a vizelet vas kiválasztása nem változik, addig infarctusban fokozott (2).

Rágcsálókon hypoxiában csökkent vasszintet észlelték és ezt követő alacsony szérumszintet észlelték (7). Beteganyagunkban manifest hypoxia nem volt, de latens szöveti hypoxia nem zárható ki.

Cartwright és Bransteiner stress és ACTH hatására jelentős vasszintcsökkenést észlelték (4). Shock nélküli infarctusban is több szerző adrenalin, noradrenalin és 11-OHCS szint emelkedéséről számolt be (11, 12). A fenti hormonváltozásokkal egyidejűleg albumin szint csökkenést, s ezzel párhuzamosan transferrin szint esését észlelték (14).

A fenti szerzők szerint legkézenfekvőbbnek a latens hypoxia és steroid hatás látszik a szérumszint, TVK, transferrin és coeruloplasmin változásra AMI-ban.

A szérumszint és TVK csökkenése nemcsak adat az elemek változására AMI-ban, hanem kibővíti az AMI laboratóriumi diagnosztikáját. A számos enzimvizsgálat mellett a fenti elem változása megerősítheti az AMI diagnózist, s az akut stádium alatt recidivára hívhatja fel a figyelmet.

Összefoglalás. 25 akut myocardialis infarctusban és 5 subendocardialis ischaemiában szenvedő beteg szérumszintjét, teljes vaskötő kapacitását és immunelfo változását vizsgálták a szerzők. Az irodalmi adatokkal megegyezően az infarctus követő első 72 órában mind a vas, mind a teljes vaskötő kapacitás csökkenését észlelték. A szérumszint csökkenését szignifikánsnak találták. A harmadik hét végére a vasszint megközelíti, a teljes vaskötő kapacitás eléri a normális tartományt. A szérumszint alakulása a CPK és SGOT változásával ellentétes irányú, a myocardialis infarctus súlyosságával viszont párhuzamos volt. Az eredmények alapján a szerzők a szérumszint vizsgálatát akut myocardialis infarctusban az enzimvizsgálatok mellett diagnosztikus értékűnek tartják.

IRODALOM: 1. Bachmann, G. W. és mtsai: Schweiz. Med. Wschr. 1968, 98, 1825. — 2. Barash, I. és mtsai: Amer. Heart J. 1975, 90, 159. — 3. Bernát I.: A vasanyagcsere. Medicina. Budapest, 1973. — 4. Cartwright, G., Hamilton, L.: J. Clin. Invest. 1947, 26, 121. — 5. Feldthusen u. Lassen: Acta Med. Scand. 1954, 150, 53. — 6. Gibson, I. I.: Scot. Med. J. 1969, 14, 171. — 7. Giorgio, A. J.: Med. Clin. of North Am. 1970, 54, 1399. — 8. Greenberg, G. R.: J. Clin. Invest. 1951, 30, 161. — 9. Handjani, A. M. és mtsai: Blut. 1971, 23, 363. — 10. Jakab L. és mtsai: Acta Med. Acad. Sci. Hung. 1974, 31, 69. — 11. Jevitt, L. E.: Lancet. 1969, 1, 635. — 12. Logan, R. W. és mtsai: Lancet. 1966, 2, 521. — 13. Myhrman, G.: Acta Med. Scand. 1955, 151, 407. — 14. Nitter, H. S.: Acta Med. Scand. 1971, 190, 337. — 15. Romoda T.: Magyar Belorv. Arch. 1977, 14, 163. — 16. Syrkis, J.: Am. Geriatr. Soc. 1973, 21, 28. — 17. Srohmeyer, G. W., Miller, S. A.: Amer. J. Physiol. 1964, 207, 55. — 18. Wacker, W. E. és mtsai: New Engl. J. Med. 1956, 255, 449. — 19. Vizer Gy. és mtsai: Orv. Hetil. 1976, 117, 464.

Fővárosi Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet,
Csecsemő és Gyermekosztály
(főorvos: Korányi György dr.)

Phosphorylase-kinase hiány VI/b típusú glycogenosis

Korányi György dr. és Kovács Judit dr.

Mintegy 50 esztendő telt el a glycogen-tárolási betegség első leírása és kb. 25 esztendő a glycogen felépítésében részt vevő enzimek megismerése óta. Az utóbbi negyed évszázad felfedezései egyúttal lehetővé tették a korábban többé-kevésbé egységesnek vélt betegségsz csoport aetiopathogenesis szerinti felosztását.

A glycogen felépítésében és lebontásában részt vevő különböző enzimek hiánya alapján a glycogenosisoknak jelenleg közel 10 típusa különíthető el (táblázat).

A táblázatban felsorolt kórképek közül ötben a glycogen tárolása elsősorban a májban, kettőben a szív-, illetve vázizomzatban fordul elő. Ezeket a kórképeket talán az egyetlen Pompe-féle betegség (II. típusú glycogenosis, savanyú maltase hiány) kivételével ritkán kórismézik, mert elmarad a máj biopsziás szövettani vizsgálata, az enzim-histologia és a kvantitatív enzimanalízis.

A glycogenosisok *gyakoriságára* vonatkozóan kevés adat áll rendelkezésünkre. *Schaub és Bayern* (9) szerint az NSZK-ban 11 : 113 000, élveszülettekre vonatkoztatva. Az I. típusba tartozik az esetek kb. 30%-a. A VI. típus gyakorisága kb. 1 : 500 000-re tehető. Svédországban, Norvégiában és Izraelben a glycogenosisok előfordulása kétszer olyan gyakori mint az NSZK-ban. A nemek közötti megoszlás aránya 19 : 11 a fiúk javára, de a VI. típusban ez 19 : 1. A phosphorylase-kinase hiány az öröklődési menet alapján legalább 2 csoportra bontható: autosomalis recessív és X kromoszómához kötöttre (4). A triglyceridaemia az X kromoszómához kötöttre jellegzetes, míg az autosomalis nem. Cukorterhelésre a laktát-koncentráció megnő a vérben az X kromoszómához kötött öröklődésnél, míg a másiknál nem.

A phosphorylase defektuson alapuló VI. típusú glycogenosis első leírása óta (2) a diagnosztikai módszerek fejlődésének eredményeként nemcsak több hasonló esetet ismertettek, de az enzimműkö-

dések megismerése finomabb elkülönítést is lehetővé tett (2, 5, 6, 8).

A jellemző klinikai tünetek:

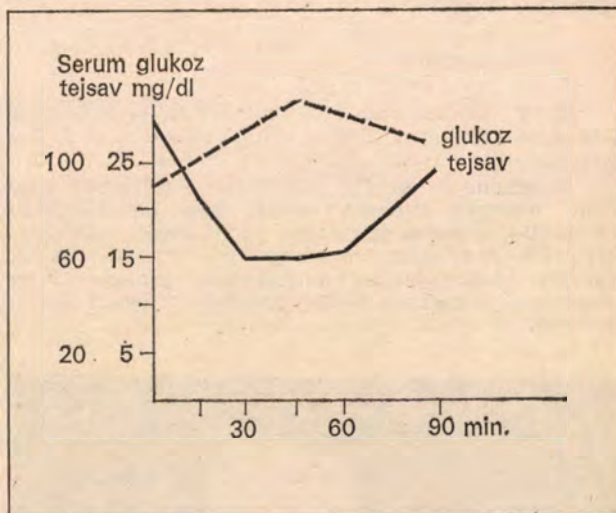
1. *Hepátosplenomegalia*, mely korai csecsemőkorban kezdődik és fokozatosan a has körfogatának növekedéséhez vezet.

2. *Növekedési retardáció*.

3. *Elhízás*, mely Cushing típusú.

4. *Mentális retardáció*, nem obligát tünet.

5. A *laboratóriumi adatok* közül nem specifikus, de következetesen észlelhető a serum enzimek (SGOT és SGPT), valamint a cholesterolin és trigliceridek emelkedése.



1. ábra: A vércukor és laktátszint alakulása glukagon terhelésre

A glycogen kizárólag a májban szaporodik fel és sohasem a vázizomzatban. A diagnózis felállításához a jellemző klinikai tünetek hiányában a phosphorylase enzim rendszer csökkent vagy hiányos működésének egyértelmű igazolása szükséges (1, 2, 3). *Illingworth és Brown* (6) szerint azonban a klinikai tünetek és a máj glycogen-tartalmának felszaporodása alapján ez a típus is kórismézhető. Tekintve, hogy a variációk meglehetősen nagyok, a szerzők többsége döntőnek tartja a májszövetből történő enzimmeghatározást. Zavaró, hogy egyesek a biokémiai (3), mások a klinikai paraméterek (6) alapján osztják fel a kórképet. Magunk részéről úgy gondoljuk, mindkét jellemző egyformán lényeges.

A VI. típusba tartozó glycogenosisban a hypoglycaemia nem jellemző tünet. Glucagon és epinephrin adása után a megfelelő vércukoremelkedés elmarad, de a galactose test normális (1, 2). Mindezek az adatok fontosak, de nem döntőek a glycogenosis VI. típusának diagnózisa szempontjából.

A *glucagon teszt* phosphorylase hiány esetén olyan emelkedést okoz a vércukorszintben, mely nem különbözik lényegesen a normálistól (1. ábra) (1). Phosphorylase hiány esetében tehát nem észlelhető az az általánosan elfogadott tény, hogy 50 mg/100 ml-nél magasabb vércukorszint-emelkedés glucagon-terhelés után, kizárja a glycogenosis le-

hetőségét. Ha glucagon-terhelésre a cukorgörbe lapos, amyló-1, 6-glucosidase (III. típus) hiány valószínű, míg normális lefutású görbe phosphorylase hiányra utal.

A következőkben ismertetendő esetünk a glycogenosisok VI/b típusába sorolható. A phosphorylase-kinase hiányon alapuló glycogen-tárolási betegség egzakt diagnózisát tű-biopsiával nyert májszövet histochemiai és enzimológiai vizsgálata alapján sikerült felállítani.

Noha veleszületett enzimdefektusról van szó, a pontos biokémiai kórisme felállítása a prognózis, az esetleges tüneti kezelés lehetősége és végül az ismétlődés kockázatának ismerete szempontjából egyaránt jelentős.

Esetismertetés

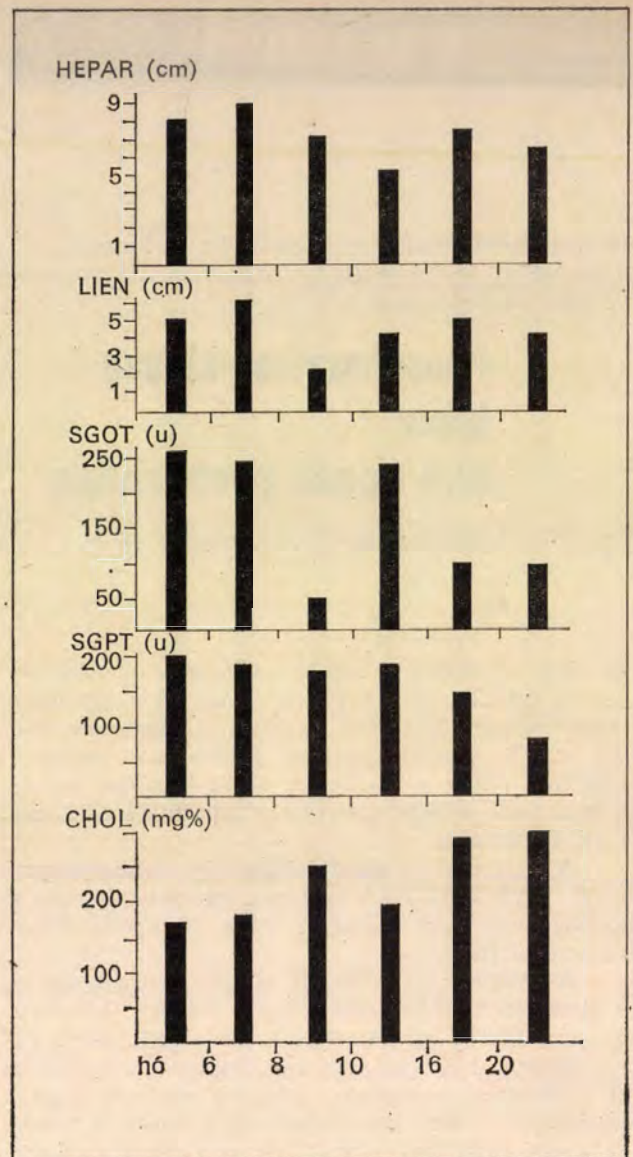
M. T. fiúsecsemő első, zavartalan terhességből, a 40. gestációs héten, 3100 g súllyal született. A szülők egészségesek, vérrokonságról nem tudnak.

Négyhónapos koráig zavartalanul fejlődött. Acut légúti betegség kapcsán vették észre hepatosplenomegáliáját és ennek tisztázása végett került első ízben felvételre. A jelenleg 3 éves gyermek intercurrents betegségek (oto-anthraxis, antrotomia, bronchitis) és rendszeres ellenőrzés miatt ismételtelen feküdt osztályunkon.



2. ábra: Baba arc, hepatosplenomegalia

Státuszából: gömbölyű arcú, piknikus alkatú, pastosus csecsemő. Mozgása nem olyan élénk, mint kortársaié. Legkifejezettebb a nagy, elődomborodó has, a jobb bordaívét 8 cm-rel meghaladó, tömött tapintatú, lekerekített szélű máj és a bal bordaívét 5 cm-rel meghaladó lép volt. Egyéb belszervi eltérést nem észleltünk.



3. ábra: M. T. máj- és lépmegegyesítésének mértéke az aktuális SGOT, SGPT és se. cholesterol értékével összevetve

Somatikus fejlődése kissé lelassult, de 3 éves korára a hosszfejlődés elérte a korának megfelelő értéket, viszont az aktuális testhosszhoz viszonyított testsúly magas. A máj és lép nagysága a megfigyelési idő alatt csak mérsékelten változott (2. ábra).

Laboratóriumi leletei közül a legfontosabbakat a 3. ábrán tüntettük fel. Kiemelhető a mérsékelten alacsony hemoglobin szint, kismértékű reticulocytosissal. Az SGPT, SGOT érték egyöntetűen magas, amely érdekes módon csak a mastoiditis idején csökkent. Az LDH szint ugyancsak emelkedett és egyértelműen kóros értéket mutattak a serum cholesterol és triglicerid értékek. Kóros a bromphthalein retenció is. Mindvégig normális a vér cukor- és ureaszintje, valamint az alkalikus foszfatáze is. Cytomegalia, rubeolavírus komplexitkötési reakció és toxoplasmosisra utaló serológiai vizsgálatok szintén negatívak.

Egyszeres glukózerhelés során lapos görbét kaptunk, míg a serum tejsav szint 300 μ g glucagon hatására meredeken csökken, majd 30 perces stagnálás után újból emelkedett (1. ábra).

A májszövet fény- és elektronmikroszkópos, histochemiai és enzimvizsgálata. A máj-biopsiát Menghini csecsemőkre adaptált módszere szerint az első alkalommal 10 hónapos korban végeztük. Szöveti le-

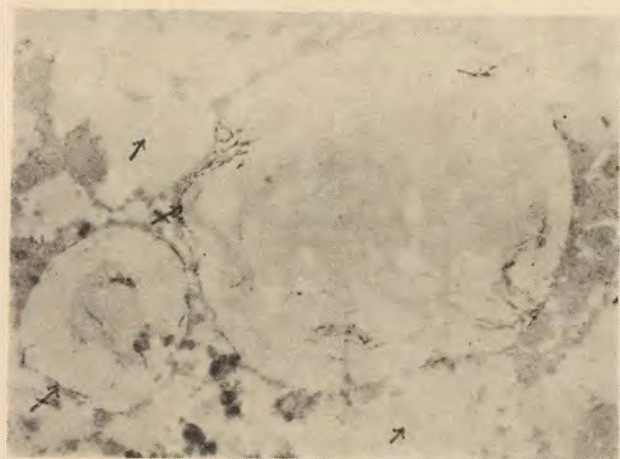
let: a májhengerben több, erősen komprimált portalis mező látható, a vena centralis nem vehető ki. A portalis kötőszövet kis mennyiségű, valamennyi májsejt egyenletesen, nagymértékben duzzadt. A cytoplasma csaknem üresnek látszik, a sejtek egy részében pelyhes vagy finom habos szerkezet sejthető. A duzzadt májsejtek között a sinusoidok olyan mértékben összenyomottak, hogy csak elvétve ismerhetők fel. A Kupffer-sejtek nem különíthetők el, feltehetően a májsejtekhez hasonlóan puffadtak és azok közé olvadtak be. A májsejt magok egyöntetűek, mag abnormitás nem látható. A cytoplasmában PAS reakcióval glycogen alig mutatható ki. A szöveti kép tárolási betegségre utal (4. ábra).



4. ábra: A máj fénymikroszkópos képe. Megnagyobbodott májsejtek, oldalra nyomott sejtmagok. A cytoplasmában nagy mennyiségű zsír, kevés glycogen

A klinikai kép és a fenti szövettani lelet birtokában azonban nem lehetett a diagnózist tisztázni, ezért újabb máj-biopsiával nyert szövetből *enzimológiai és elektronmikroszkópos* vizsgálat is történt. A vizsgálatra került anyag egy lebenykerészletnek felelt meg, melyben a sinusok szűkek. A májsejtgerendák lefutása szabálytalan. A májsejtek többségükben puffadtak, alakjuk szabálytalan, a sejtmagok oldalra nyomottak. PAS festéssel néhány sejtben pozitívítás látható, amely amylase emésztése után eltűnt. Sudán 4-gyel festve a májsejtekben nagy mennyiségű sudanophil anyag mutatható ki, amely kisebb-nagyobb cseppekben jelentkezik (5. ábra).

Elektronmikroszkópos vizsgálat: a májsejtekben neutrális zsírcseppek felhalmozódása látható, melyekben savanyú foszfátaze reakcióval enyhe pozitívítás észlelhető. A lipidszemcsék szélén néhol membránra



5. ábra: Elektronmikroszkópos kép a máj-biopsiás anyagból (180 000-szeres nagyítás)

utaló hártya látszik. A fény- és elektronmikroszkópos vizsgálat a májszövetben neutrális lipidfelhalmozódást, a tenyésztett bőr fibroblastokban a neutrális lipidek mellett phospholipidek jelenlétét mutatta (6. ábra).

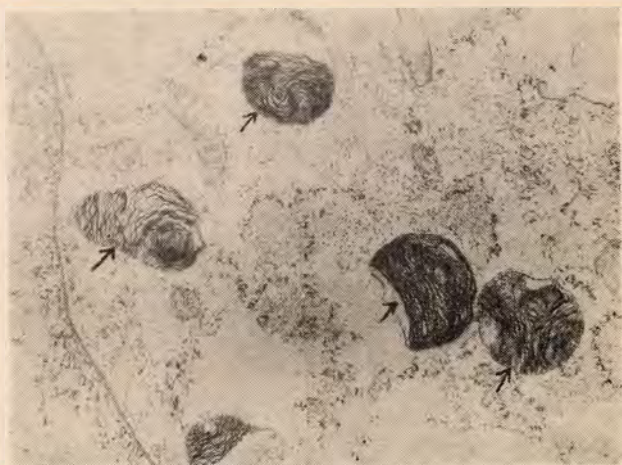
Tekintettel arra, hogy betegünket a lipidosisok egyikébe sem tudtuk besorolni és a *serum cholesterolin és trigliceridek szintje erősen emelkedett volt*, újabb máj-biopsiát végeztünk a progresszió ellenőrzése, illetve a histochemiai vizsgálatok kiterjesztése és kvantitatív enzimmeghatározás érdekében.

A tű-biopsiával nyert májhengert lefagyasztva a londoni Royal Hospital for Sick Childrenbe küldtük.

Histopathológiai lelet: a megnagyobbodott májsejtekben a sejtmagvak a sejtek szélein helyezkednek el. A cytoplasma nagy mennyiségű neutrális zsírt és hatalmas mennyiségű glycogent tárol. A *glucose-6-phosphat* enzim aktivitása a normális határok között van. A savanyú phosphatase aktivitás látszólag normális és nem láthatók reticulo-endothelialis tárolósejtek sem. A phosphorylase reakció arra utal, hogy a phosphorylase komplex abnormalitásáról lehet szó. Ezek alapján a glycogen-tárolási betegség első 5 típusa kizárható, viszont a phosphorylase-kinase aktivitás csökkenése feltételezhető. Ugyanezen májhengerből történt direkt enzimmeghatározás eredménye:

glucose-6-phosphatase 6,1 $\mu\text{mol s Pi/g/min}$ (normál érték)

glycogen 6,4% (nedves súly) (mérsékelten emelkedett) phosphorylase-kinase 11,0 $\mu\text{mol s Pi/g/min}$ (normál érték 23 μmol felett)



6. ábra: Elektronmikroszkópos kép bőrszövetből. Lipid testek. Lamellaris szerkezet (36 000-szeres nagyítás)

A phosphorylase-kinase aktivitás tehát a normál érték kb. 40%-a, nem olyan egyértelműen alacsony, mint az phosphorylase-kinase hiányában várható. Ezek alapján azonban megállapítható, hogy betegünk a *klinikai képet és a lefolyást tekintve, atipikus a phosphorylase-kinase nem teljes hiányával, de lényegesen csökkent értékével jellemzett, glycogenosis VI/b típusába tartozik.*

Megbeszélés

Az utóbbi években kitűnt, hogy a glycogenosisok VI. csoportjában leggyakrabban a phosphorylase-kinase hiány mutatható ki. Ezeket az eseteket külön, a VI/b csoportba sorolták (2, 6), míg a phosphorylase hiány a VI/a típusnak tekinthető. Korábban erre az elkülönítésre nem volt lehetőség, mert a phosphorylase in vitro körülmények között rendkívül instabil, aktivitása -20°C felett elvész. A phosphorylase-kinase hiány a májat érin-

Glycogen tárolási betegségek

Típus	Enzimhiány (Szerzők)	Klinikai tünetek	Laboratóriumi tünetek	Meghatározó laboratóriumi vizsgálat
I.	<i>Glucose-6-phosphatase</i> (Gierke)	Újszülött korban jelentkezhet <i>Hepatomegalia</i>	Emelkedett urea, cholesterolin, össz.-lipoid. Lapos cukorgörbe epinephrin és glukagon után. Alacsony alk. phosphatase.	Glucose-6-phosphatase májbiopsiában ($> 5 \mu\text{M}/\text{perc/g}$)
II.	<i>Savanyú maltase</i> lysosomal L-1-4 glucosidase (Pompe)	Cardiomegalia, csökkent izomtónus, makroglossia. Szellemi fejl.: norm. Korai halál.	Granulált májsejtek. Savanyú Schiff festés pozitív a glomerulusokban és tubulusokban.	Savanyú maltase májbiopsiában. Nincs aktivitás ($> 10 \mu\text{M}/\text{perc/g}$)
III.	<i>Amylo-1, 6,- glucosidase</i> debranching enzim (Cori)	<i>Májmegnagyobbodás</i> , növekedési visszamaradás, hypoglycaemia (tendentia) (Dextrinosis)	Alacsony vércukor, de emelkedik glukagon és epinephrin hatására. Hyperglycaemia i. v. fruktose és galactose — i.m. Vvs glycogen: nagyon magas.	Amylo-1, 6- glucosidase májban és leukocytákban $1 > \mu\text{M}$
IV.	<i>Amylo-1,4:1,6</i> transglucosidase (Andersen)	Fejlődési gátlás. <i>Hepatomegalia</i> és hypotonia.	Krónikus májbetegségekkel együtt járhat. Lapos jó d spectrum.	Amylo-1,4:1,6- transglucosidase
V.	Izom phosphorylase (McArdle)	Fáradékonyság gyermekkorban. Izomgyengeség. Fájdalom és merevség kis mozgás. Hypoglobinemia.	A munkaképesség fokozódik glukose infusiora. A laktat szint csökken munkára.	Izom phosphorylase $80 > \mu\text{M}$
VI/a	Máj phosphorylase (Hers)	Szülők vérokonsága? <i>Máj megnagyobbodás</i> korai csecsemőkorban. Növekedési gátlás. Hypoglycaemia hajlam.	Csökkent vércukor, epinephrinre és glucagonra emelkedik. I.v. fruktose és galactose után hyperglycaemia.	A más phosphorylase $> 20 \mu\text{M}$
VI/b	Máj phosphorylase kinase (Hug)	Újszülöttkorban <i>hepatomegalia</i> , normális izomzat	lásd. VI/a típus	Specifikus enzim vizsgálat
VII.	Izom phosphofructokinase (Tarvi)	Myoglobínuria	Izom gyengeség, megterhelés során.	Izombiopsia. Vvt-enzim aktivitás
?	Glycogénsynthetase (VDPG-glycogén- transglycosylase) (Lewis)	Hypoglycaemia		Májbiopsia

tő glycogenosisok között valószínűleg a leggyakoribb. Elsősorban fiúkban észlelhető és családvizsgálatok, valamint a fehérvérsejtek (10) és tenyésztett fibroblastok enzimaktivitásának vizsgálata alapján feltehetően X kromoszómához kötötten, recesszív módon öröklődik (4).

A vezető tünet többnyire a hepatomegalia és elhízás, hypoglycaemia esetünkhöz hasonlóan ritkán fordul elő. A máj megnagyobbodása már újszülöttkorban felismerhető. Betegünkben kifejezett splenomegaliát és mérsékelt növekedési elmaradást is találtunk, ami a VI/b típusban az irodalmi adatok szerint nem szokott előfordulni (2, 5).

Hypercholesterinaemia és hypertrigliceridaemia sem fordult elő az általunk ismert irodalomban közölt esetekben. Hyperlipidaemiát 1969-ben ismertették ebben a betegségben (1/a). Ez a tény, valamint az első máj-biopsiás anyagokban a sejteken belüli zsírfelgyülemelés kezdetben a lipoidosisek irányába terelte figyelmünket (7) és végül a precíz enzimdiagnosztika biztosította a helyes diagnózist.

Az utóbbi években egyre gyakrabban történnik enzim meghatározás fehérvérsejtekből is (4).

Erre a vizsgálatra azonban nem volt lehetőségünk.

Az elkülönítésben mindazok a hepatomegalia-val járó tárolási és anyagcsere-betegségek szóba jönnek, amelyet a glycogenosisoktól el kell különíteni: mucopolisaccharidosisek, sphingomyelin-lipidosisek stb.

A phosphorylase hiánytól e kórképet klinikailag a hypoglycaemiára való hajlam és a későbbi kezdet alapján lehet elkülöníteni. Ebben a csoportban a vércukorszint glucagon, fructose és galactose adása után jelentősen emelkedik, döntő azonban, hogy a máj phosphorylase-kinase enzim aktivitása $20 \mu\text{M}$ alatt marad. Az esetünkben észlelt trigliceridaemia arra utal, hogy betegünkben az öröklődés X kromoszómához kötött.

A prognózist az eddigi irodalmi adatok és megfigyelések alapján nem lehet kielégítő módon megítélni. A betegek kövérek, bár nem esznek túl sokat. Esetünkben a testhossz csaknem elérte az életkornak megfelelő normál szint alsó határát, de az aktuális súlyhoz viszonyítva a testhossz alacsony. Mentális retardációja mérsékelt.

A kezelés ez idő szerint csak étrendi lehet. Magas fehérjetartalmú diéta és gyakori étkezések

javasolhatók, és a magas cholesterolin és triglicerid szint miatt a zsírmegszorítás is indokolt. A glyco-corticoidok terápiás értéke vitatható.

Köszönetnyilvánítás

Ezúton fejezzük ki köszönetünket *Bartók István* professzornak (Péterfy Sándor utcai Kórház Kórbonctani és Kórszövettani Intézete), *Konyár Éva dr.* egyetemi adjunktusnak (II. sz. Kórbonctani Intézet, Bp.) a kórszövettani vizsgálatok elvégzéséért, továbbá *B. D. Lake* professzornak az enzim-histológiai vizsgálatokért és *A. D. Patrick dr.*-nak a szövetnedvből történt enzimmeghatározásokért (Hospital for Sick Children, Great Ormond Street, London) és a **MALEV** dolgozóinak szíves segítségükért.

Összefoglalás. A 6 hónapos beteget pszichoszomatikus retardatio és hepatosplenomegalia miatt vették fel kórházba. A serum cholesterolin és az összlipoid szint kifejezetten emelkedett volt. Percutan máj-biopsia történt. Az első szövettani vizsgálat alkalmával a gyanú közelebbről nem tisztázott lipidosis felé terelődött. A továbbiakban azonban kitűnt, hogy a glycogen-tartalom, a zsírfelhalmozódás és a kóros phosphorylase reakció glycogenosissra utal. A klinikai és biokémiai leletek alap-

ján a glycogenosisek I., II., III., IV., V. típusa kizárható volt. A máj-biopsiás anyagból végzett phosphorylase-kinase aktivitás lényegesen csökkent volt. Az összes vizsgálatok elemzése után kitűnt, hogy a beteg a relatíve ritkább glykogenosisek csoportjában, a VI/b típusú phosphorylase-kinase hiányon alapuló Hers-féle megbetegedés csoportjába tartozik. Esetük az első hisztokémiai vizsgálatokkal bizonyított phosphorylase-kinase hiány Magyarországon.

IRODALOM: 1. *Fernandes, J. és mtsai:* Arch. Dis. Childh. 1969, 44, 311. — 1/a. *Fernandes, J., Pikaar, N. A.:* Am. J. Clin. Nutr. 1969, 22, 617. — 2. *Hers, H. G.:* Rev. Int. Hépat. 1959, 9, 35. — 3. *Hers, H. G., van Hoof, F.:* in Carbohydrate Metabolism and its disorders. Academic Press, New York, 1968. 151. — 4. *Huijing, F., Fernandes, J.:* Amer. J. hum. Genet. 1969, 21, 275. — 5. *Hug, G.:* Science. 1966, 153, 1534. — 6. *Illingworth, B., Brown, D. H.:* in Control of glycogen metabolism Little, Brown, Boston, 1964. 336. — 7. *Korányi Gy., Rajk A.:* Orv. Hetil. 1974, 115, 2548. — 8. *Rossi, L. N., Bianchi, G. P.:* Minerva Pediat. 1975, 27, 1242. — 9. *Schaub, D. J., Bayern, P.:* Z. Kinderheilk. 1975, 120, 79. — 10. *Williams, H. E., Field, J. B.:* J. Clin. Invest. 1961, 40, 1841.



GLUDESIN fertőtlenítőszer

Baktericid, virusoid, sporocid és fungicid hatású általános fertőtlenítőszer.

ALKALMAZHATÓ:

- gumi- és műanyag katéterek, intratracheális tubusok, drainek, egyéb gumi- és műanyag tárgyak,
- különféle endoszkópok (cystoscop, oesophangoscop, bronchoscop, gastroscop stb.),
- anaesthesiológiai gépi berendezések és ezek tartozékai,
- tonométerek és egyéb kényes szemészeti eszközök és műszerek,
- fogászati eszközök (öntvények, fúrók, tükrök stb.),
- audiológiai berendezések és ezek tartozékai, valamint inkubátorok mosható részeinek hatásos fertőtlenítésére.

Ara:

1 liter	58,- Ft
5 liter	264,- Ft

KÉRJE RÉSZLETES ISMERTETŐNKET

Gyártja:

Reanal



FINOMVEGYSZERGYAR

1147 Budapest, Telepes u. 53.

Forgalmazza: **REANAL** Vegyszerbolt

1147 Budapest, Telepes u. 58-60.



MEGJELENT

KISÉRLETES ORVOSTUDOMÁNY

1979. 3. szám

- Láng István, Nékám Kristóf, Kalmár László, Petrányi Gyula: Transzfer faktor (TF) hatása a humán antitest-dependens celluláris cytotoxicitásra (ADCC) in vitro.
- Szabolcs Marton, Francia István: Kóros szérum fehérjék kimutatása és izolálása szögrotorban történő sűrűség gradiens centrifugálással.
- Varró Rudolf, G. A. Stewart, D. R. Stanworth: Enzimes bontás és kémiai modifikálás hatása IgG staphylococcus „A” fehérjét kötő képességére.
- Horváth József, Kulcsár Gizella, Dán Pál, Nász István: Nyulak kísérletes fertőzése humán adeno- és herpes vírusokkal.
- Benyó Imre, Szabó György: Az intestinális hormonok szerepe a táplálékfelvétel utáni splanchnicus keringésváltozásokban.
- Rozgonyi Ferenc, Kiss Jolán, Szitha Katalin: Lipid-extraháló és foszfolipid-foszfor meghatározó módszerek összehasonlító vizsgálata és értékelése Gram-pozitív baktériumok esetében.
- Dóra Eörs, Olafsson Kenn, Chance Britton, Kovács Arisztid: Az agykérgi NADH-fluoreszcencia, az UV-reflektancia, az oxigéntenzio, az elektrokortikogram és az artériás vérnyomás oszcillációja artériás hypoxiában.
- Rubányi Gábor, Kovács Arisztid: A perifériás nyomás lépcsőzetes fokozásának hatása az izolált perfundált patkány szív mechanikus aktivitására és O_2 -fogyasztására.
- Márk György, Sándor Péter, Hudetz Antal, Kovács Arisztid: Akut artériás vérnyomásemelkedés hatása az agyi erek széndioxid iránti érzékenységére.
- Nagy Zoltán, Dóra Eörs, Kovács Arisztid: Agy véráramlás-kiesések helyi megoszlása és kialakulásának mechanizmusa vérezetetéses shockban.
- Gachályi Béla, Tihany Károly, Jím-Mária, Káldor Antal: Alfametildopa hatása a máj vegyes típusú oxidáz rendszerére.
- Gachályi Béla, Szita Mária, Káldor Antal: Alfametildopa hatása a máj vegyes típusú oxidáz rendszerére.
- Gachályi Béla, Szita Mária, Káldor An-

tal: Fenobarbital és fenobarbital + alfametildopa együttes adásának hatása a patkánymáj vegyes típusú oxidáz rendszerére.

Várkonyi Tibor, F. Kiss Zsuzsanna, Wittmann Tibor, Varró Vince: A gliogéntartalom változásának vizsgálata glukagon hatására kutya és patkány vékonybél-nyálkahártyájában.

Csáky Tihamér, Várkonyi Tibor: A glukagon hatása a cukor in vitro transzportjára.

Várkonyi Tibor, Csáky Tihamér: A glukagon hatása a cukor in vitro transzportjára.

Bartha Katalin, Osztovcics Magda, Vég-helyi Péter: Ethanol és acetaldehid hatásuk emlős sejtekre és kromoszómákra.

Gaál Katalin, Forgács Iván, Siklós Jüdit, Mózes Tibor: Az arteria renalisba infundált noradrenalin hatása a veseműködésre és a reninszekrécióra.

Kozma László, Stenszky Valéria, Endrődy Imre: B-sejt specifikus ellenanyagok vizsgálata teriességekben és szülés után.

ORVOS ÉS TECHNIKA

1979. 4. szám

Héjjas István dr., Bence József, Hegedűs Csongor, Téglási Endre: Orvosi célú kapacitív érzékelőrendszer villamos terének számítógépes vizsgálata.

Háklár László, Németh György dr.: A méhnyak- és méhstestűmörös adatbank felhasználói rendszerének és használatának általános leírása.

Héjjas István dr., Bence József, Vörösmarthy Dániel dr.: A szemgolyó deformálódása nyomásimpulzus hatására.

MAGYAR NŐORVOSOK LAPJA

1979. 4. szám

Bagdány Sándor dr., Takács Béla dr., Rákóczi István dr., Végh Gerzson dr., Gáti István dr.: A terbutalin szulfát prosztatlándin szintézist gátló hatása „in vitro”.

Nagy Péter dr., Csaba Imre dr.: Extraperitoneális galactorrhoea kezelése L-dopával (Előzetes közlemény).

Szegvári Menyhért dr., Ökrös József dr., Szabó János dr.: A Szegedi Női Klinika 1950–1973 között kezelt endometrium-carcinomás betegeknek gyógyulási eredményei.

Baharev V. A. dr., Rozovszkij I. Sz. dr.: A magzat nemének meghatáro-

zása a Y-kromatin segítségével az anyai vérből és a cervikális nyakból. Farkas Márton dr., Baksa László dr.: Posztoperatív fájdalomcsillapítás Le-xirrel.

Gimes Rezső dr.: Csökkentett fertilitású sperma javítása mélyhűtéssel (Előzetes közlemény).

Nagy Gyula dr., Komáromy Béla dr.: Tapasztalataink a Cardiff infúziós rendszerrel.

Németh György dr., Nsázy Attila dr., Takácsi-Nagy László dr.: 1946–1972 között kezelt méhstestűmörös betegek gyógyulási eredményei.

Tóth Zoltán dr., Péntek Aladár, Répásv István dr.: Beszámoló elektromechanikus rendszerű szülészeti tokográfáról.

Prievara Ferenc dr., Vágvölgyi Erna dr., Undi János dr., Szabó Péter dr.: Tapasztalataink megindult koraszülésnél alkalmazott szteroid profilaxissal kapcsolatban.

Tóth Emil dr., Buda Béla dr., Maros Magdolna dr., Kapisinszky Nátália dr.: A szexuális viselkedés vizsgálatainak lehetőségei nőgyógyászati osztályon.

Bazsó Pirokka dr., Patáky László dr.: A preconceptionális noxák felkutatása a házasság előtti tanácsadásokon. Hegedűs Tibor dr., Krasznai Péter dr.: A véna subclavia kanülálásának javallatai a szülészeti és nőgyógyászati szaktárgyakban.

Pulay Tamás dr., Csömör Sándor dr.: A tuberkulin (PPD) bőrpróba jelentősége méhnyakrákos betegek sejt-közvetített immunválaszának vizsgálatában.

Várdi Pál dr., Hidvégi János dr., Linderné Szotyori Katalin dr., Konrád Sándor dr., Somos Péter dr.: Mikroelemek (vas, réz, króm) vizsgálata magzatvízben a terhesség harmadik trimesztérében.

Tarró Sándor dr., Bakos László dr.: Diabéteses magzati károsodás felismerése ultrahangvizsgálattal.

Gottwald Gizella dr., Dömötöri Zsuzsa dr.: Endokrin státusz, nőgyógyászati megbetegedések és familiáris tényezők emlőrákos betegekben.

Krasznai Péter dr., Tassonyi Edömér dr., Benkő Györgyné dr., Tarnóczy Péter dr.: A bupivacain farmakológiai sajátosságai és hatásai a szülészeti epidurális anaesthesiában.

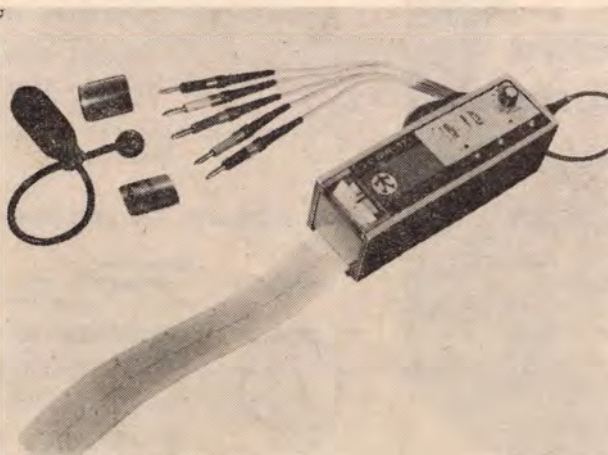
Lux János dr., Bodor Ferenc dr., Tóth Sándor dr., Rigó Imre dr.: Leukaemia és terhesség.

A gyógyítás alapja a gyors és pontos diagnózis!

A miniatűr EKG készülék az orvosi táskában is elfér!

Körzeti, üzemi és magánrendelést folytató orvosok segítőtársa a mindössze 1,5 kg súlyú, telepről működő szív-vizsgáló készülék.

A készülék beépített akkumulátortelepe hálózatról feltölthető.



Gyártja
és értékesíti:

Medica Művek

Belkereskedelmi osztály

Budapest V., Aranykéz u. 2.

Orvosok és a Nyugat első évfolyamai

Eredeti indíték szerint rövidebb cím (Orvosok és a Nyugat) és talán hosszabb cikk szándékoltatott volna, de ezt a csodálatos folyóiratot lapozgatva rövidesen kiderült a vállalkozás lehetetlensége. E bevezető mentegetőzés nem titkolt folytatási kötelezettséget is jelez. Hogy mit jelentett az orvosok életében a Nyugat, arra bizonyára sok idős kolléga még fiatalos izgalommal emlékezik, s hogy mit nyújtottak az orvosok ennek a havonta kétszer megjelenő pompás periodikának, arról a megsárgult lapok vallanak, ugyanis betűhív másolatban még csak az első évfolyam jelent meg. Nem vagyunk illetékesek irodalomtörténeti jelentőségét méltatni, de (legalábbis tudunkkal) orvostörténeti érdekességeit eddig nemigen vették észre, pedig azokban sem szűkölködik.

Mint ismeretes, nem kevés progresszív kontra konzervatív vita következményeként jelent meg a Nyugat első száma 1908. január elején. A főszerkesztő, *senior Ignotus*, alias *Veigelsberg Hugó*, akinek „mellesleg” az apja ugyancsak orvos volt, szerkesztők: *Fenyő Miksa* és *Osvát Ernő*. Nem volt könnyű dolguk, kezdetben az írók és olvasók száma közt alig volt mennyiségi diskrepancia, s a Dévénynél betörő „új időknek új dalaival” nemigen lehetett cirógnatni az (alig) olvasó középosztály országos önámítását. Csak egy vékony, főleg fővárosi polgári réteg sejtette, miről van szó, közöttük nem kevesen voltak haladó gondolkodású orvosok. Legszínvonalasabb irodalmi folyóiratunk első orvosszakértője a tragikus sorsú *Csáth Géza*, *Kosztolányi* unokatestvére. Igaz, 1908-ban még csak cseléd-könyves, de zenekritikáival tanári szinten adta le névjegyet. Első cikke az *Éjszakai esztetizálás*, közvetlen az első számban. *Wagner* muzsikáján medítelve megállapítja, hogy egy klasszikus korszak lezárult, *Bach—Mozart—Beethoven* a zene „összes belső lehetőségeit már megtalálták”, mégis megállapítása: „A muzsikában egy reneszánsz fog következni”... Ezt a megújítást nem *Mihalovics Ödön*nek, a Zeneakadémia akkori igazgatójának az *Elina* c. operája képviseli. Ez a zeneszerző *Csáth* szerint „nagy úrral evett egy tálból cseresznyét. Ez a nagy úr *Wagner* volt.” Következésképpen utánérzés, amelyből hiányzik *Csáth* szavaival a modern művészi látás. Ugyanebben a rovatban dicséri *Weiner Leo* népdalos ritmikáját, aki formában folytatja *Mozart*nak, hangzásban *Debussy*nek, mégis magyar és „minden ízében primaer muzsika”. *Csonkonai* költészetével rokon, belőle minden hamis pátosz hiányzik. Hét évtized távlatából csak ámulni tudunk, micsoda füle volt ennek az orvosjelöltnek! *Weiner* után *Bartók* felfedezése következik: (9.

szám). Szembeszáll a nagy tekintélyű *Hanslick* megállapításával, aki szerint az új „egyéni nyelvű komponistának a muzsikája lehet művészet, de nem a muzsika”. Lehet — mondja lakonikusan *Csáth*, nem a szavakon, hanem a lényegen lovagolva —, de „ez a művészet minden porcikájával érdekelt bennünket”. Az a lüktető művészet, amely „első híressé vált munkájában, a Kossuth-szimfóniában kigúnyolta és macskamuzsikává travesztálta a Gotterhaltét; nem a finom és előkelő Haydn-melódiát, hanem a Habsburgok családi himnuszát. Aki ilyet mer csinálni, az több mint abszolút muzsikus”. Micsoda elképesztően váteszi megállapítást tesz azzal, hogy *Bartók* fantázia-birodalma hasonlít az *Ady Endré*éhez. Azt hiszem, ennek a századunk magyar szellemét meghatározó két óriásnak a jelentőségét *Csáth Géza* rokonította először. Ad gloriam medici. Most meg kell szakítanunk a zenekritikákat. Ugyanebben a számban jelentkezik a jeles kritikus az *Anyagylkosság* c. novellájával. Ennek a dosztojevszkiji mélységű írásnak a jelentőségét *Illés Endrétől Karinth Ferencig* elég sokan méltatták. Pillanatnyi kiúttalanságból fakadó kényszertragédia ez, mert a *Witman* fiúk nem akarták megölni szülőanyjukat. De hát a kamaszok ékszerrel akartak kedveskedni egy lánynak, s az ékszereket az anya jó ösztönrel elrejtette. Sajnos, a saját hálószobájának a vitrinjébe. Az ablakot viszont be kellett törni, hajnalban, késsel, amikor feltehetőleg a legmélyebben alszik. A zöreire viszont fölébredt, s a kés szinte reflex mozdulattal a mellkasába hatolt. Irracionális tett, akár *Raszkolnyikové*. *Csáth*ban a készüldő pszichiáter találkozott a lappangó íróval, s egzisztencialistákat megelőző egzisztencialista remekmű született. Nem bűnözésre ösztökélő krimi és nem is erkölcsi ítélkezés, hanem hátborzongató írói csoda. Az értők érzik értékét, a börtönlakók amúgy sem olvassák. Még *Dosztojevszkijt* sem. A 17. számban újabb novellával mutatkozott be, címe: *Délutáni álmom*. Életrajzi tény, hogy *Csáth* morfinista volt. Vajon ez a novella, amely kicsit emlékeztet *Gulácsy Lajosnak* az *Ópiumszívó álma* c. csodálatos festményére, nem a narkomániás állapotból való kijózanodás kikristályosodása-e? Álmában természetesen a mesés Bagdadban jár, találkozik *Sindbad* varázslóval, aki könnyből jósol. A néma grófkiasasszony viszont sírni csak halott gyermeke fölött képes. A szépséges nővel előbb Perzsiában, majd Pesten találkozik — álmában. S a csoda megtörténik. Halott gyermekük könnyet csillogtat az anya szemén, Pesten, egy hópelyhes sírdomb fölött, amely egy átok érvénytelenné válását is jelentette. Íme *Sindbad* megjelenése a magyar irodalomban — *Krúdy* előtt.

Folytassuk tovább zenekritikáival. A muzsikát nem a kizárólagosan klasszikusok vagy holnap klasszikusok magaslatáról ítélte meg. Elbúcsúztatta *Szentirmay Elemért* és a spanyol *Sarasate* személynét, a „vén cigányokat”, mert hiszen „A zeneművészet meztelenül kézzelfoghatóan él az ő kis formáikban” is, úgys megadják az árát sikereiknek, elfelejtik őket, *Szomory Dezső* szavaival szólva:

„Régi nóta, híres nóta elfeledve
Régi cigány, híres cigány eltemetve”.

Mennyire igaza van mindkettejüknek. Vajon hányan tudják, hogy a „Csak egy kislány van a világon” c. dalt Szentirmay írta? A 22. számban Csáth előrukkolt a nagy Puccini-tanulmányával. Idézi Tolsztojt, aki szerint az operáknál általában „vagy a szöveg esik áldozatul a muzsikának és akkor nem kell szöveg, vagy fordítva és akkor nem kell muzsika”. Csakhogy ez a megállapítás Puccini művészetére nem érvényes, mert ő zeneileg hallatlanul finoman igazodik a dráma menetéhez. Szerinte sikerének titka pszichológiai kérdés, rátalált a zenedrámaírás legfőbb rejtélyére, „hogymenyit lehet adagolni a muzsikából, drámából és a színpadból, hogy zavartalan kielégülési érzések jöjjenek létre a hallgatóban”. Szinte az egész tanulmányt idézni lehetne, oly okosan megfogalmazott. Olvasta-e vajon a Pillangókisasszony szerzője fordításban egy magyar cselédkönyves orvos írását, aki nem zenekritikusnak, hanem ideg orvosnak készült? S vajon 1908-ban született-e az operafejedelemtől értőbb méltatás? Hogy mennyire érezte a muzsikát, bizonyítja a következő cikke, amit D'Albert-ről írt. Csáth a zeneszerzőket négy csoportba osztotta. 1. Zsenik; 2. Tehetségesek és ízlésesek; 3. Tehetségesek, de ízléstelenek; 4. Tehetségtelenek. Szerinte D'Albert a 2. és a 3. keveréke. A *hegyek alján* c. operája ügyes Wagner–Verdi keverék (nyílt reminiscencia nélkül), de magyarországi sikerét elsősorban Környei Béla csodálatos tenorjának köszönheti.

Végül az 1908-as évfolyamban Koessler Jánosról ír. A német zenepedagógusról, aki nyelvünket nem tudta megtanulni. Eötvös Károly (pont ő, a faji elítéletek elleni nagy harcos) az akadémia nevében meg is támadta miatta. Csáth Géza megvédte illendően és meggyőzően. Mert az ő tanítványai voltak: Dohnányi, Buttykay, Bartók, Kodály, Weiner Leo, a könnyebb műfaj kiválóságai közül Lányi Ernő, Kálmán Imre, Szirmai Albert, Jacobi Viktor, hogy csak a legnevesebbeket említsük. Hogy az oroszok (Glinka, Csajkovszkij, Rimszkij-Korszakov, Rahmanyinov), a lengyelek és finnek mellett mi is „betörtünk” a zenénkkel nyugatra, az ennek a nagyszerű zenepedagógusnak köszönhető.

Csáth még egy novellájával szerepel az első évfolyamban, címe: *Emlékirat eltévedésemről*. Szép kis memoár jellegű írás, de költői erejében nem hasonlítható az előző két novellához. Íme, milyen hosszúra sikerült Csáth Géza bemutatása. Két dolog szolgáljon magyarázatul. Az idén lesz hatvan esztendeje, hogy fiatalon elhunyt, valamint a Breuer János szerkesztésében megjelent *Zenei írások a Nyugatban* (1978) c. könyvből Csáth kritikái kimaradtak, arra hivatkozva, hogy azok külön is kiadásra kerültek. Ez igaz, de oly csekély példányszámban, hogy csak a vájtfülűeknek jutott belőle. Nem árt hát megismételni, hogy azokat egy végzés előtt álló orvos írta a „kakasülőről”, s nem egy profi kritikus kellő akusztikájú páholyból, megfellebbezhetetlen tekintélyével.

Az első évfolyamban találkozunk egy másik orvossal is, aki végül írásra adta a fejét. Salgó Ernő (1873–1946), az *Írók és színdarabok* szerzője a 4. számban ismerteti Maurice Barrès: *Le voyage*

de Sparte c. útirajzát. Szereplői az antik kultúrát a balkáni jelennel szembesítik, történelmietlenül, nem rejtve véka alá kiábrándultságukat. Csakhogy Byron és Lamartine másképp látták, s nekik volt igazuk. Nem lehet nem említeni, hogy Ady Endrének az önvallomásszerű *Mihályi Rozália csókja* is ebben a kötetben jelent meg. Melancholiájával a lues apotheosisa.

Tisztelettel ír Száz Zoltán a modernséggel egyáltalán nem „vádolható” Ágai Rudolf útikönyveiről, ami azt is bizonyítja, hogy a Nyugat pont a szakításával válik hagyományörzővé. A nagy utazóról, akinek „ereiben, szervezetenek szövetében, ott munkál a keleti fajta nagy vitalitása és régi kultúrája”.

Nem hiányzik a szociológia sem. P. Kropotkin: *A kölcsönös segítség, mint természettörvény* hosszú ismertetőt kap a 10. számban. A recenzió szerzője Láncki Jenő, a fordító — Madzsar József, szocialista orvosi múltunk egyik büszkesége. A recenzor szerint Kropotkin a modern tudományos anarchizmus megalapítója, ezért inkább Rousseau s nem Marx rokona. Ez a régi családból való, Svájcba emigrált orosz herceg, akit az Internacionáléból mint nihilistát kizártak, végül Angliában telepedett le. Szerinte a kölcsönös segítség, mint természeti törvény, legalább annyira feltétele az evolúciónak mint Darwin tana a létért folytatott küzdelemtől. Vajon nem az angol praktikum és a pravoszláv messzionizmus összehangolási kísérlete ez? Kropotkin dicséri a régi faluközösségeket. Zavaros elméleteivel önmagát cáfolja legtöbbször, a hozzáfűzött kommentár ma is helytálló, különösen az állam szerepét illetően. Meglepő megállapítás (anno 1908); „A mai Oroszország hasonlít a forradalom előtti Franciaországhoz”. Noha nem orvos írta, megemlíti Hatvany Lajosnak a *Crimen laesae sanitatis* c. írása, felemás felelet Lengyel Menyhért írására. „Az egészség buta és józan, nincs lírája, csak bőföge, nincs álma, csak horkolása, nincs szerelme, csak érzékisége és nincs szenvedése”. Hatvany részben igazat ad vitapartnerének Heine, Verlaine, Leopardi, Spinoza, Novalis avagy éppen Arany János esetében. De ott az ellenpéldák; Lamartine, vagy egy rangosabb névsorral fölérő Goethe, aki a *Diner zu Koblenz* c. versében

„Lavater és Basedow közt
ülök életvidáman...
Proféta jobbra, proféta balra,
a világfi középen.”

a nagy életművész megtestesítője. Goethe ellen nehéz érvelni. Tudták ezt mindketten, még az őrző Nitsche is az egészséges weimári óriásba kapaszkodott kétségbeesetten.

A teljesség kedvéért szólnunk kell még egy orvosvégzettségű költőről, aki a Nyugatnak kezdettől fogva munkatársa volt, Peterdi Istvánról (1888–1944). Van egy szép verse Budapesthez, ehhez a köröngteteg zsibongó városhoz.

„De hogyha majd romokba fekszel
S a Multság ezüst lelke leng föled;

Holt köreidbe zártad a béke örökét
És ellenségeidtől megmenekszel:
Leszállok rád és megcsókolom a földed."

Úgy is lett. Az ostrom napjaiban „csókolta” meg a földet, amely testét befogadta.

Az 1909-es évfolyam már nem ily gazdag orvostörténeti érdekességű cikkekben, de nem is szegény. A nyitás megint Csáth Géza íratlan privilégiuma, aki *Bartók Béla* új kottáit, azaz 24 kisebb zongoradarab megjelenését üdvözlölte. Ez „még a legeslegújabb zenével táplálkozók füleit is megdöbbsenti. Alapja mégis ottvan mindenkiben. Ezeket az érzéseket minden finom idegű ember érezte”. *Lányi Ernő* új dalairól szólva fejcsóválva állapítja meg, hogy bizony „nem nagyon előkelő társaságba került: *Frater Loránd*, *Dankó Pista*, *Dóczy József* mellé”, még *Kosztolányi*-versekre írt melódiai is „kottapiacra készültek”. Izgalmas az *Opium* c. prózája, amelynek alcíme „egy ideg orvos levelesládájából”. Csáth ekkor már a Moravcsik-klinika orvosa volt. Itt már félreérthetetlenül a morfinista írja le a múlt élvezetét. „A gyönyör eltünteti a körvonalakat és az értelmetlenségeket. Kihelyez bennünket a tér béklyóiból és az idő zakatoló másodperc óráját megállítja, langyos hullámokon emel bennünket a lét magasságaiba”. Itt az elcsúszás kegyetlen dokumentuma, hasztalan próbál föltápaszkodni. Pedig *A varázsló kertje* c. novelláskötetét *Hegedűs Gyula* így jellemzi „egy költő csudálatosan tiszta lírája csendül fel s a megpendített finom hangok halkán továbbrezegnek a mi lelünkben”.

Bartók Béla első suite szintén kritikusi telitalálat. Ő lelte meg „önállóan a magyar szimfonikus formanyelvet. Azt tehát, amit *Erkel*, *Mosonyi*, *Liszt* és annyian hiába kerestek”. Továbbá „látszólagos zűrzavarából, disharmóniáiból nemes és új hang-hatások bontakoznak ki, meggyőző szépséggel”. Rokonságában megint *Ady* verseire utal. Ez a felette igényes kritikus nemcsak mulandó cigánydalokkal, de a szeme láttára, füle hallatára születő pesti „folklórral” szemben is megértő, hiszen *Hel-tai*, *Szép Ernő*, *Molnár Ferenc* írják az igényes szövegeket és *Szirmay Albert*, *Kálmán Imre*, *Zerkovitz Béla* a fülbemászó zenét. S ott a Nagy Endrekabaré, *Medgyaszay Vilma* interpretálásával. Létjogosultságát tagadni képtelenség lenne, hiszen a mázolósegéd nem dudorászik *Bartók*-zenét.

Ignotus cikket ír az Erzsébet-szanatóriumról. *Okolicsányi-Kuthy Dezső* könyvét ismertette. Érdekes, hogy a páratlan műveltségű *Ignotus* nem juttat pár ismertető-elismerő sort *Korányi Frigyes*-nek, pedig a magyar bel- (és tüdő) gyógyászat akkori nesztorának bizonyára jólesett volna. Megteszi helyette Csáth Géza (megintcsak ő), aki az orosz *Vereszajev* és a magyar *Pikler J. Gyula* orvosi emlékeit ismerteti. „Humanisták mindketten — írja Csáth —, de hogy így mondjam, nem értelmi alapon (mint ezt a nagy orvosoknál, példák: *Billroth*, *Eiselsberg*, *Korányi* látjuk), hanem elsősorban érzelmi alapon.” Ami fiatal orvosoknak való, filantropiai nevelésre. Ebből az évfolyamból megismerjük még *Pásztor Árpád* *A harmadik* c. színművét *Salgó Ernő* recenziójában. Az apát, aki törvény-

telen gyermeke kedvéért képes törvényes feleségétől elválni. Megállapítása nem nagy dicsőség első színházunkra, mert a darab „sokkal méltóbb volt a Nemzeti színházhoz, mint a Nemzeti Színház a darabhoz”.

Nagy esemény volt *Ferdinand Loewe* karmester fellépése fővárosunkban. *Beethoven*, *R. Strauss*, *Delibes*, *Goldmark* és *Csajkovszkij* műveit vezényelte, s méltó hozzá Csáth kritikája. Ugyancsak írt *Beretvás Hugó* *Ady*-dalairól. Szerinte hiányzik belőlük a tartózkodás előkelősége és az egyszerűség meggyőző ereje, s ezen még *Környei* *Royal*-beli előadása sem segített. *Beretvás* tehetséges zeneszerző, kitűnő prozodiával komponál, de az egyszerűség hiánya alapvető hibája.

Ennyit az első két kötet bennünket érintő cikkeiről. A harmadik (1910) már *Ehrlich* nagy felfedezését is ismerteti, nagy lelkesedéssel és furcsa asszociációkkal. De hát ne vágjunk elébe.

Kiaknázhatatlan kincsesbánya ez a folyóirat.

Szállási Árpád dr.

A Német Orvos- és Természettudomány- történeti Társaságnak budapesti vándorgyűléséről

A „Deutsche Gesellschaft für Geschichte der Medizin und Naturwissenschaften” ötven évvel ezelőtt 1929. szeptember havának második hetében Budapesten rendezte meg évenként szokásos vándorgyűlését. Ez volt a Társaságnak 1902—1978 közötti történetében az egyetlen német nyelvterületen kívül megtartott kongresszusa. Ezen a kongresszuson a vendéglátó magyarokon és a Társaság zömét alkotó németek mellett amerikai, angol, francia, horvát, lengyel, olasz, osztrák, romániai (erdélyi) és svájci tudósok is nagy számban vettek részt. Így bátran szólhatunk a kongresszusnak nemzetközi jellegéről, annál inkább, mert *W. Artelt*, később a Majna melletti Frankfurt egyetemének orvostörténet professzora, ezt a vándorgyűlést az európai, főként pedig a német orvostörténetben korszakváltóként ítélte meg. E kongresszuson szerepelt a Társaság történetében mind a mai napig a legtöbb tekintélyes külföldi tudós. Itt utalni kívánunk *Cushing Harvey*-nek, neves bostoni agysebészre, aki maga is sokat foglalkozott orvostörténettel, *Fielding H. Garrison* (Washington, USA) és a magyar származású *Stephen d'Irsay* (Baltimore, USA) orvostörténészekre, akik Amerikából egyenesen a budapesti kongresszusra jöttek át Európába. Külön is említendő *A. Castiglione* triezsti orvoshistorikus, akinek tankönyvét Olaszországban generációk forgatták.

A konferenciának német sajtóvisshangja egyáltalában nem volt. A Társaság saját folyóiratában 1931-ben csak a Társaság elnökének, *Karl Sudhoff* titkos tanácsos, lipcei orvoshistorikus professzornak saját előadása „Toledó”-ról jelent meg. *W. Artelt* tesz a kongresszusról rövid említést és *F. H. Garrison* szól még a budapesti konferenciáról. A magyar beszámolók is igen szűkszavúak. Az Orvosi Hetilapnak 1929. évi 37. számában (940–942. oldal) jelent meg viszonylag rövid tájékoztató a szerző megnevezése nélkül. Az Orvosi Hetilap következő 38. számában (964–965. oldal) *Antal Lajos* szól „A német orvos-történeti congressus jelentősége és tanulságai” című közleményében a vándorgyűlésről, amelynek tudományos és társadalmi programját az Országos Széchényi Könyvtár 71,403 számú nyomtatványként tartja számon.

A Vándorgyűlés az Iparművészeti Múzeumban került megtartásra. Az ünnepélyes köszöntéseket követően *Karl Sudhoff* titkos tanácsos, a Társaságnak alapításától kezdve elnöke nyitotta meg. Róla nyert elnevezést a lipcei tudományegyetem Orvostörténeti Intézete. Akkor ment nyugdíjba. Tanszéki utóda *Henry E. Sigerist* — aki a mind jobban kibontakozó fasizmus elől a következő évben már az USA-ba emigrált — nyújtotta át a magyar tudósoknak a német Társaság szakmai ajándékait.

A Vándorgyűlés magyar szervezői *Győry Tibor* professzor, a Népjóléti és Munkügyi Minisztérium h. államtitkára, és *Sárközi Róbert* minisztériumi segédtitkár voltak. *Győry Tibor* a Német Társaságnak 1905. és 1906. években a főtítkára volt. Ő volt a Társaság 75 éves történetében az egyetlen nem német anyanyelvű főtítkár. *Győry* sugalmazására a konferencia *Semmelweis Ignác Fülöp*nek, az „Anyák megmentőjének”, a legnagyobb magyar orvosnak tiszteletadása jegyében zajlott le. Ennek megfelelően az Erzsébet — ma Engels — téren állott *Semmelweis-szobornál* Budapest Székesfőváros polgármestere, a Pázmány Péter Tudományegyetem orvostudományi karának dékánja és a Magyar Nők Országos Szövetsége elnökének, *Gu lácsy Irén* író nő jelenlétében *Karl Sudhoff* koszorúzta meg ünnepi beszéd kíséretében a kongresszus valamennyi résztvevőjének nevében és jelenlétében *Semmelweis* szobrát. *Semmelweis* sírját kis küldöttség élén *Prof. W. Haberling* (Düsseldorf) kereste fel és helyezte el az el nem múló emlékezetnek a koszorúját. A Kongresszus résztvevői és a vendégek felkeresték *Semmelweis* szülőházát is, amely hála egészségügyi kormányzatunk gondoskodásának, most már a *Semmelweis Orvostörténeti Múzeumnak* és *Levéltárnak* ad otthont.

A Vándorgyűlés keretében a történeti Magyarországot igyekeztek a legnevesebb magyar szak tudósok bemutatni. *Lux Kálmán* művészettörténész a magyar művészetről adott rövid történeti tájékoztatást. *Eckhardt Sándor*, budapesti egyetemi bölcsész professzor „a történeti tudományoknak az (első) világháborút követő magyarországi helyzetéről” számolt be, míg *Mályusz Elemér* levéltárnok „Magyarország Kelet és Nyugat között” elfoglalt helyzetét történeti fejlődésében ismertette. *Verebély László* műegyetemi professzor „Jedlik Ányos”-t, a nagy feltalálót igyekezett a külföldi

hallgatóság előtt megismertetni. A vándorgyűlésen részünkre különösebben érdekes egyéb előadás nem hangzott el. Magyar vonatkozásuk miatt említendőek: *E. Stein*nek „E. M. Arndtnak Magyarországon, Németország egy részében, Franciaországban és Olaszországban megtett utazásáról szóló beszámolóját” és *A. Sticker*nek „A magyarországi bubó pestis járványokról” írott munkája. *W. Pfeilsticker*nek „a magyar származású *Maskovszky Márton* württembergi udvari tanácsosról és orvosról” szóló előadása sajnos elmaradt.

A magyar orvos- és gyógyszerészettörténet múltját az Iparművészeti Múzeumban nagy műgonddal és igen gazdag anyaggal rendezett kiállítás idézte fel. *Ernyei József*, aki eredetileg gyógyszerész volt, a Nemzeti Múzeum igazgatójaként *Korbuly György* orvostörténész bevonásával rendezte meg a nagy sikert aratott kiállítást. Ezen bemutatásra kerültek az acquincumi ásatások során fellelt orvos- és gyógyszerészettörténeti emlékek is. *Magyary Kossa Gyula* gazdag orvosi arcképgyűjteménye, *Deésy Daday András* 52 régi sebész-diplomája, *Nékám Lajos*nak a lueszre vonatkozó gazdag történeti kép- és mulázs-gyűjteménye, *Petz Gedeon*nak, a győri Szent Háromság Kórháznak múltját felidéző emlékei általános elismerést arattak. Különösen nagy sikere volt *Faludi Géza* egyedül álló, kétezret meghaladó orvosi és gyógyszerészeti vonatkozású érem- és plakettgyűjteményének, amely ma a *Semmelweis Orvostörténeti Múzeum* numizmatikai gyűjteményének alapját képezi. A gyűjtemény legérdekesebb és leginkább ritkaságnak tekinthető darabjairól „*Medicina in Nummis*” címen művészi kiállítású album készült a kongresszus alkalmából. A magyar orvostörténészek minden erejükkel egyöntetűen latba vetve igyekeztek a kiállításon féltett kincseiket bemutatva bizonyítani a magyar orvostörténet magas színvonalát.

A Magyar Tudományos Akadémia rövidesen külföldi levelező tagjává választotta *Karl Sudhoff* professzort, a Német Társaság pedig 1936-ban tiszteletbeli tagjává választotta *Győry Tibort*. A Társaság 1974-ben *Schultheisz Emült* és *Szabadváry Ferencet*, az Országos Műszaki Múzeum igazgatótanárát levelező taggá választotta.

A Vándorgyűlés külföldi résztvevői számára fényes társadalmi programot szervezett a magyar vendégismeret. Két fényes ünnepi bankett, a Vár, a Mátyástemplom, az Országház, az Országos Levéltár, az acquincumi ásatások megtekintése — de a budafoki borpincészet kóstolóval egybekötött meglátogatása is — élményt jelentettek. A Budapest környéki kirándulásokon túlmenően a balatoni utazás a Tihanyi Biológiai Állomás megtekintésével, Debrecen új egyetemének hortobágyi kirándulással egybekötött meglátogatása örökké emlékezetessé váltak a kongresszus résztvevői és a vendégek előtt.

A budapestit követően a Társaság következő vándorgyűlései mind jobban ellaposodtak és teljesen érdektelenné váltak. Az 1930-ban megtartott königsbergi kongresszuson összesen nyolcan (!) vettek részt és hét előadás hangzott el, ebből is kettőt a lelépő elnök, *K. Sudhoff* maga tartotta.

Külföldi résztvevőkről a következő évtizedekben már szó sem eshetett. A német orvostörténet kimagasló személyiségei, így W. Pagel, H. E. Sigerist és mások a fasizmus elől emigráltak. A humanista orvostörténet két évtizedre megszűnt. Ezért is jelentett olyan sokat a budapesti orvostörténeti kongresszus, mert ez volt a második világháborút megelőzően gyakorlatilag az utolsó alkalom, amikor az orvoshistorikusok személyesen találkozhattak, gondolataikat kicserélhették és az emberiséget szolgáló tudományt szolgálhatták.

Bugyi Balázs dr.

Az orvostörténelem oktatása a krakkói egyetemen

Az európai orvostörténeti kutatás és oktatás szempontjából sem közömbös, hogy 1809-ben — elsőnek Kelet-Európában — a nagy történeti múltra visszatekintő krakkói egyetem orvosi karán a kötelező tárgyak sorába beiktatták az orvostörténelmet. A 18. század végén nemzeti függetlenségét elveszített lengyel területeken fokozott érdeklődés mutatkozott a nemzeti múlt, a lengyel történelem iránt és ez a történeti érdeklődés a szaktudományokra is kiterjedt. A napóleoni háborúk idején — a franciák által kezdeményezett és velük szoros szövetségben állt — Varsói Nagyhercegség (1807–1815) Közoktatási Bizottsága rendelte el a krakkói egyetemen az orvostörténelem kötelező oktatását, de ez a rendelkezés már egy tényleges állapotot szentesített. Az orvostörténelem művelése — függetlenül a felfokozott történeti érdeklődéstől — nagy hagyományoknak örvendett az ősi lengyel egyetemen.

A krakkói egyetem könyvtára tekintélyes orvostörténeti könyv- és kéziratgyűjteménnyel rendelkezett, gyűjtötte az ó- és középkori nagy orvosokra vonatkozó irodalmat, őrizetébe vette az egyetem egykori tanárainak iratait. Az első lengyel orvostörténeti feldolgozás 1635-ben jelent meg nyomtatásban Bartolomej Dylagowski (1590–1653), az egyetem bölcséleti tanárának tollából. A szerző 1634-ben az orvosi karon baccalaureusi fokozatot szerzett és munkáját, a *Chronologica medica cum titulis honorificis maioribus suis a grata prosperitate delatis* című könyvet az orvosi kar tekintélyes tanárának, Krzysztof Najmanowicz professzornak ajánlotta. E munkában Dylagowski Hippokratésztől a 17. század elejéig működött neves orvosok életrajzát és munkáit gyűjtötte össze, bő irodalmi jegyzéket nyújtva irodalmi tevékenységükről. E könyv megjelenése után nem sokkal külön könyvecskében tárgyalta az ókori görög orvostudományt és kiemelkedő egyéniségeinek tevékenységét.

Feltehetően a megnyilvánult érdeklődés miatt 1636-ban Dylagowski megjelentette a *Synopsis chronologica* című munkáját, amelyben már a ne-

ves arab, görög-római, német, francia és spanyol orvosok szakmai tevékenységét foglalta össze, teljes bibliográfiát csatolt könyvéhez. Utolsó nyomtatásban megjelent munkájában — *Syncretismus peripateticus*, 1846 — az orvostudomány fejlődését tekintette át az ókortól a 17. század első évtizedéig, kitért az orvosi karok történetére és ezen belül tárgyalta a krakkói egyetem orvosi karának fejlődését is. A lengyel orvostörténetírás Dylagowski szakirodalmi tevékenységétől számítja a hazai orvostörténeti kutatás kezdetét, hiszen munkái nyomán többen is folytattak kutató és szakirodalmi tevékenységet. Dylagowski munkásságát csak emeli, hogy munkáit az egyetem levéltárában végzett kutatásokra alapozta, s tevékenysége nyomán rendelték el az egyetemen az orvostörténeti értékkel rendelkező dokumentumok és könyvek összegyűjtését.

Ebből a szempontból jelentős Stanislaw Wosinski (1624–1694) tevékenysége, aki a begyűjtött kéziratokból megteremtette a krakkói egyetem külön orvostörténeti kézirtárát. Közel három évtized alatt 63 volt krakkói orvos — közöttük 33 orvosprofesszor — irodalmi hagyatékát gyűjtötte össze és elhelyezte az egyetem könyvtárában. Ezt az alapgyűjteményt egészítették ki újabb adományokkal, amelynek darabszáma — az 1896-ban nyomtatásban megjelent katalógus szerint — a századfordulóra elérte a hétezeret.

A már említett 1809. évi rendelet az orvostörténelem előadását a krakkói egyetem belbetegségeket előadó tanárára bízta, majd annak halála után (1810) az államorvostan professzorára ruházta. Igaz, 1814-ig majdnem minden évben változott az előadó tanár személye, de egységesen az elsőéveseknek május elejétől június végéig heti három órában adták elő az orvostörténelmet. Még ekkor vizsgakötelezettség nélkül kellett hallgatni az orvostörténelmi előadásokat, de 1814-ben ezt is elrendelték, sőt orvosdoktori disszertációt is lehetett e tárgykörből írni.

Az orvostörténelem első krakkói tanára Franciszek Kostanecki (1758–1844) a belgyógyászat tanára volt, aki tábori főorvosként részt vett 1794-ben a Kosciuszko vezette nemzeti felkelésben. Kostanecki előadásait Blumenbach 1779-ben megjelent *Handbuch der Naturgeschichte* című könyvéből tartotta, de az oktatásba később bevonta Jerzy Bodusinszkit (1768–1832), a törvényszéki orvostan későbbi tanárát. Ő már Sprengel és Hecker munkáit használta fel előadásaiban, hasonlóan Ignacy Wozniakowskihoz (1779–1831), aki a sebészet és szülészet történetéből tartott előadásokat.

A vizsgakötelezettség bevezetésével egy időben (1814) rendezték az orvostörténelmet előadó tanár helyzetét is: hivatalosan is viselte az orvostörténelem tanára címét és munkájáért külön fizetést is kapott. E címet elsőnek Sebastian Girtler (1767–1833), a törvényszéki orvostan tanára viselte, aki valóban képzett orvostörténész volt. Orvosi tanulmányait Krakkóban kezdte el, diplomáját Bécsben szerezte (1795), majd Berlinben és Prágában működött gyakorló orvosként. Még medicusként rendezte Wosinski halála után — az orvosi kar levéltárát és ennek nyomán megírta a

krakkói orvosi kar rövid történetét. Visszatérése után ideiglenesen az egyetemi levéltár vezetőjeként működött és már ekkor pályázatot nyújtott be az orvostörténelem előadásának jogáért (1809).

Girtler tanári működése nyomán megváltozott az orvostörténelem helyzete a krakkói egyetemen, hiszen elődei csak fő tárgyak mellett foglalkoztak az orvostörténelemmel és a hallgatók vizsgakötelezettség nélkül hallgatták e tárgyat. Javaslatára az első és a harmadik évben két-két féléven át hallgatták a medikusok az orvostörténelmet heti két órában és a kötelező vizsgát *Girtler* 1822-ben megjelent *Az orvostudomány fejlődése és az elméletek hatása az orvosi gyakorlatra* című tankönyvéből tették le. *Girtler* halála után az orvostörténelmet ideiglenesen *Julian Sawiczewski* (1795–1854), az államorvostan tanára adta elő, aki csökkentette az előadások számát, de külön könyvben megírta a lengyel állatorvoslás történetét. *Sawiczewski* nem kívánt végleg az orvostörténelem tanára maradni, így 1834-ben a kar versenypályázatot írt ki e tisztség betöltésére. A pályázaton 59 kérdésre kellett írásban választ adni, amelynek elbírálása után *Frydrik Hechel* (1795–1851) nevezték ki az orvostörténelem tanárának. Nálánál alkalmasabb személyt nem találhattak volna, hiszen nagy felkészültségű és kiválóan képzett orvos és orvostörténész volt. Orvosi diplomáját 1821-ben a vilnai egyetemen szerezte, majd 12 évig külföldön (Ausztriában, Németországban, Angliában, Hollandiában, Dániában, Svédországban, Norvégiában, Finnországban és Itáliában) élt, 15 nyelven beszélt és számos orvostörténeti munkát adott ki.

Hechel az előadások óraszámát ismét emeltette, heti öt órában adták elő az orvostörténelmet, a hallgatóknak kötelezővé tette *Sprengel*, *Hecker*, *Ackermann*, *Hoever* stb. munkáinak tanulmányozását. Külön figyelmet szentelt az orvostörténelem periodizálásának, amelyről terjedelmes tanulmányt jelentetett meg 1839-ben az egyetem évkönyvében. Ugyanebben a kötetben közölte *Az igazságügyi orvostan kezdete és fejlődésének kritikai kutatása* című munkáját, amely e tárgykörből az első lengyel feldolgozás. Elsőnek dolgozta fel *Wojciech Oczko* — a jeles, 16. században élt lengyel bőrgyógyász — munkásságát, lengyelre fordította *Haeser Lehrbuch der Geschichte der Medizin und der Volkskrankheiten* (1845) c. könyvét, rendezte az egyetemi orvostörténeti kéziratárát és a könyvtárban külön orvostörténeti gyűjteményt állított fel. Az orvostörténelem eredményes oktatását nagyban elősegítette, hogy 1833-ban *Józef Jakubowski* (1796–1866) professzor külön pályadíjat írt ki a legjobb orvostörténeti disszertációk jutalmazására. Szinte minden évben odaítélték a *Jakubowski*-pályadíjat, így 1843-ban *Józef Oettinger*-nek, az orvostörténelem későbbi tanárának *Strutius*ról írott avatási értekezéséért.

Hechel tanári működése nyomán indult útjára a lengyel orvostörténészek első jelentős nemzedéke, így közvetlen tanítványa volt *Ludwik Gasiorowski* (1807–1863), későbbi tanszéki utóda is, a *Lengyel orvosi történet* című alapvető feldolgozás szerzője. *Gasiorowski* mestere nyomdokain haladt, haláláig nem következett be törés a krakkói orvos-

történelem oktatásában. Halála után ismét a ki-nevezett orvostörténelem professzora az államorvostani tanszék vezetője lett, aki 1869-ben javasolta e tisztség újbóli elválasztását, valamint azt, hogy ismét olyan személyt nevezzenek ki e fontos tanári állásra, aki ilyen irányú munkásságot fejt ki. Indokul hozta fel, hogy az orvostudomány fejlődésével együtt egyre több olyan orvostörténeti kérdés merül fel, amit csak függetlenített, egyéb tanszéki gondoktól megszabadított tanár tud megoldani. Ellenben 1869-ben bevezették a magántanári rendszert a krakkói egyetemen is és több kötelező tárggyal együtt törölték a tantervből az orvostörténelmet is, amely újból a választható tárgyak sorába került. Ekkor nevezték ki az orvostörténelem magántanárának *Józef Oettingert*, aki-nek előadásait továbbra is nagy számban látogatták. Talán ennek hatására kapta meg *Oettinger* 1873-ban a rendkívüli tanári címet, bár a tanszéket nem állították vissza, maga *Oettinger* a Szemészeti Klinikán működött. Megváltozott az orvostörténelem előadásának rendje is: eltörölték az avatási értekezéseket, a fakultatív tárgyként előadott orvostörténelmet az első évfolyamon heti öt órában oktatták. A hallgatóknak viszont félévenként vizsgát kellett tenni e tárgyból. Több javaslat hangzott el a régebbi gyakorlat visszaállítására, de elutasítását a tantervi túlterheléssel indokolták.

A végleges megoldást a tanszék visszaállítása jelentette volna, hiszen az egyetemi fizetéssel nem rendelkezett magántanárok nem tudtak foglalkozni a híres orvostörténeti kéziratárral, a könyvgyűjteménnyel, anyagi nehézségek akadályozták azok fejlesztését. Pedig a 19. századi emlékek összegyűjtése sürgető feladatként állt a krakkói orvosi kar előtt. Ezért is kezdeményezte *Walery Jaworowski* (1849–1924), a belgyógyászat tanára a lengyel orvostörténeti emlékek összegyűjtését és e célra külön múzeum felállítását.

Jaworowski 1900. április 27-én tette közzé felhívását és kezdeményezése nem volt eredménytelen: 1903-ban megjelent közlemény szerint a krakkói Orvostörténeti Múzeum — az egyetemi gyűjteménytől függetlenül — 1222 kézirattal és 1769 db tárggyal rendelkezett, amelyet ideiglenesen saját klinikáján tárolt. Két év múlva az állomány háromszorosára növekedett és komoly raktározási gondokkal küzdött. Az orvostársadalomhoz intézett újabb felhívás segített a gyűjtemény sorsán: 1910-ben kiegészítették a gyógyszerésztörténeti gyűjteménnyel és ideiglenes kiállítási helyet a kórbonctani intézet épületében nyert, amelynek vezetője *Adam Wrzosek*, a kórbonctan rendes tanára és az orvostörténelem előadója lett. Már ekkor az egyetemen működött *Władysław Szumowski*, a lengyel orvostörténetírás és kutatás kiemelkedő egyénisége, az első világháború utáni orvostörténeti oktatás átszervezője. Az első világháború alatt lényeges intézkedés nem született az orvostörténelem oktatásával kapcsolatban, bár a múzeumi gyűjteményt állandóan bővítették.

Az első világháború után újjáalakult lengyel állam felsőoktatásának átszervezésével kapcsolatban rendezték az orvostörténelem előadásának kérdését is: az orvosképzés tantervébe a kötelező

tárgyak sorába iktatták az orvostörténelmet és minden egyetemen megszervezték a tanszékét. A krakkói orvostörténeti gyűjtemény, amelyet *Jaworowskiról* neveztek el, lett az újjászervezett krakkói Orvostörténeti Intézet (egyetemi tanszék) múzeuma, amelynek vezetőjének *Wladyslaw Szumowski* neveztek ki.

Kapronczay Károly dr.

Thököly Imre fejedelem megrokkánása

Élénk vita zajlott le az összehívott akadémiai bizottságban — 1906. május 22-én —, hogy végre megkondulhassanak a késmárki új evangélikus templom harangjai és mauzóleuma — örök hazai nyugalomra — befogadhasa *Thököly Imre* fejedelem relikviáit. A nemzeti kegyelet, mint a sors különös játéka egy időben hozatta haza a másik nagy száműzött, *II. Rákóczi Ferenc* hamvaival, akire mint mostohafiára hagyományozta az első kuruc hadvezér, hogy „egy lutheranus kerített kulcsos város templomába temettesse”. Eperjes városa kijelölésének ellenében annak a *Thallóczy Lajos*nak, a történésznek érvei döntöttek, aki két évvel ezelőtt vezette a nicomédiai temetőkertben exhumáltató bizottságot és akinek jelentéséhez csatolt, részletes kortani kronológiája alapján értékelte *Győry Tibor* orvostörténész a száműzött fejedelem betegségét. *Szállási Árpád* a róla szóló dolgozatában hangsúlyozta érdemét az akkor ízületi csúznak nevezett rheumás ízületi gyulladás bizonyításában. Kiegészítő törekvésünk kifejtteni — a jelenkori diagnosztika szempontja szerint — a rheumatoid arthritis kialakulásában a sajátos körülményeket, melyek a végleges járóképtelenségbe zárták le a progressziót.

Személyiség, alkat, anamnézis

Késmárki Thököly Imre (1657—1705) személyiségében lírai könnyűség és szónokló pátoz az szervező gazda emberismeretével társult és élete végéig megőrizte optimizmusát. Huszonhat éves korában így jellemezte a kortárs megfigyelő: „Szép, helyes természetű uraság volt, gyönyörű véres és fehér orcájú, egy kevéssé ritka bajuszú és barna hajú, kiálló és kövér szem.” Több mint tucatnyi rézmetszet és néhány olajfestmény általában telt orcájának ábrázolja, nem éppen élénk tekintetű, inkább ábrándos, nagy szemekkel. De elárulják az alkatot is, a test fáradékonyságát, mellyel, mint *Gyöngyösi István* írta: „Tűr is sokat, főképpen mezőben, Orcáját az metsző szél is hasogatja, Annak gyengeségét nyár is aszalgatja.” Olyan autentikus ikonográfiával mint amelyik *Pázmány Péter* állapotát az 1632-i római utazása idején decompenzált keringéssel terheltnek igazolja, az ő betegségével kapcsolatban nem rendelkezünk. De egy kiváló tulajdonságát ő maga dokumentálta: a körülötte zajló életről — önmegfigyeléssel párosult —

tudósító írásszeretetét. Levelei, naplói szinte belevillantanak anamnézisébe. A tizenkilenc éves hadviselő a törődött testi állapotáról, a nyílt mezőkön táborozó, a lakomák utáni megcsömörlésekről panaszkodik. És ezt az acut rheumás időszakot szinte végigkísérik a post festam elhúzódó — másodlagos hypotóniát kísérő — emésztési zavarok. A kezdetben sikeres, de száműzetéssel végződő erdélyi hadjárat idején a bokákról szimmetrikusan vándorló „tüzes és heves” fájdalmak kínozzák.

1689-ben az augusztusi táborát az Al-Duna mentén tölti, az éjszakai roham fájdalmas dagánatot terjeszt ki a lábfejen, mely két napon belül lelohad. A naplóírásnak ebből a szakaszából ugyan több hónap hiányzik, annyi megállapítható, hogy fölsírmerte betegségében a lappangó természetet, előre rettegett a váratlan „alteratiók”-tól. Később — az arthroid kialakulások idején — kételkedően töpreng, talán más baj és nem a köszvény okozza a rohamokat. *Bouillaud* francia orvos (1538—1616) évszázaddal korábban elkülönítette a rheumás gyulladást az arthritis uricától, és fölsírmerte, mint gyakori késői szövődményt a szívbillentyű-gyulladást. *Thököly* nem ír róla, hogy az őt kezelő, a francia követ szolgálatában álló orvos másként mint köszvénynek ítélte volna meg a betegségét.

Magyar Imre Belbetegségek elkülönítő diagnózisa című szakkönyvében az acut sokizületi gyulladás elsődleges tünetének az ízület körülírtan duzzadt, meleg és piros elváltozását jelöli meg. Az éles, feszülő és mozgást akadályozó fájdalom karaktere az izzadmányos gyulladás szakában megváltozik, zsongó, mélyebb, tompább és reáterjed az ízület környékére. *Thököly* legutóbbi naplójából derül ki az „alteratio”-nak ez a minőségi változása, amennyiben a leírt panaszok is a secundær polyarthritis krónikus következményei.

A napló az 1693—94-es esztendőkből

Az Al-Duna lapályos síkján, a Morava-folyó torkolatának közelében a pozsareváci téli szálláshelyén kezdi meg íratni és részben írni diáriumát. Harminchat éves, udvartartása és egyre fogyatkozó hadseregének eltartása mellett Nándorfehérvár és Orsova közti végvárak védelme, segélyszállítmányok lebonyolítása jelentik a török birodalom érdekében szolgálatát. A tömör mondatok és ízes kifejezések nyomában diplomáciai praktikák és zajló tábori élet elevenednek meg. Rövid meteorológiai utalások gondosan jellemzik a langyos-hóviharos váltású tél mellett a többi évszakot is. *Nagy Iván* a költő *Madách Imre* inspirációjára a kéziratot az esztergomi primási világi könyvtárban találta meg, mely 1863-ban került nyomdai kiadásra.

A januári gyenge fájdalmak, a jobb, majd bal lábfej-kéz-könyökben, februárban mindkét alsó végtagon terheléses kifáradásba, tompább fájdalmakba váltanak át. Az érvágások az anémiás állapotot fokozzák, az erőltetett kúrák — a „rác orvos” tevé- és lócsontzsír fürdői — fájdalmat és gyengeséget provokálnak. Márciusban az estig tartó mulatság után megcsömörlik és a lázas aktivitás idején a francia orvos érvágással gyengíti.

Ekkor a kétoldali bokaízületben kialakult exsudatív folyamat kényszeríti ágyba. Április második felében annyira javul, hogy székbe ülhet. A járási próba májusban sem sikerül, hintóból vadászgat.

Érvágások, a higanyt tartalmazó porcskákkal hajtott purgálások, a nyilvánvalóan helytelen irányú terápia következtében a krónikus veseelégtelenség, ill. urémia is kialakul. Erre utalnak a júniusi nehéz vizeletet követő kompenzáló polyuriák. Felesége *Zrínyi Ilona* józan tiltakozással állítja le a gyógyszereket. A gyakori izzadások mellett állandósultak a bokaduzzanatok és a tompa fájdalmak. A júliusi remissiót a borszeszlángos kúrák kavarják föl, étvágya is újra romlik. Ilyen körülmények között kell vonulnia fegyveres hajók élén rekkenő hőségben Nándorfehérvárra, melyet a császáriak ostromolni készülnek. Augusztusban Galambvárra költözik, e hónapban annyira elfoglalt, hogy szinte elhallgatja betegségét. Az őszi hónapokban segítséggel tud lóra ülni, de a vezér sátorához erőltetett néhány lépés után rosszullete fokozódik. A következő év első felében leírt panaszok alapján nyilvánvaló a mozgást akadályozó proliferatív folyamat állandósultsága. A májusi lovaglás a bal bokán „tüzes daganatot”, majd visszatérő bőrgyulladást vált ki. Júniusban a borbély „lancitácskája” szerencsétlen beavatkozással megnyitja az ízületet, melyből pannusporc-törmelék ürül az izzadmányos váladékban. A nagyízületekben vándorló progressio mellett a lábán be nem gyógyult fistulával a dombon álló sátra előtt ülve szemléli a sáncokat, melyekből a török készül Péterváradot ostromolni. Haditudósítói gondossággal írja meg a hiábavaló vállalkozás részleteit a változékony szeptemberi égbolt alatt.

A tatár kán szánakozó kérdésére már a kontaktúrás-rokkant beteg kárhoztatja végzetes körülménynek az erdélyi passusokon történt keserves átvergődést és a téli sátorozást. Az elaszticitás általános romlása az arcon is föltűnővé lesz, mint korai öregedési jel. Amit *Komáromy*, a titkár „száraz kór” néven jegyez föl, lehet veseelégtelenség eredetű exsiccosis jele, de meghúzódhat mögötte tuberculosus szövődmény is. A napló utolsó hónapjaiban a drinápolyi vezérkarral tárgyal a száműzött sors jövőjének érdekében. A politikai események a karlócai béke felé sodródnak és a napló, mint egy más reményekkel elfoglalt közérzet, hallgat betegségéről. Ez a különös és szívós reménykedés fölülmúlta rokkant állapotát, mely a hordszékhez és a hintóhoz kötötte mozgási szabadságát.

Vladár Imre dr.

Halottaink

Asztalos Gyula dr. (szül. 1920) budapesti nyugdíjas orvos 1979. június 21-én;

Bodó Ida dr. (szül. 1900) főv. IX. ker. rendelőintézet nyugdíjas reumaorvosa 1979. június 24-én;

Boros Ernő dr. (szül. 1903) főv. XI. ker. rendelőintézet nyugdíjas urol. főorvosa 1979. június 14-én;

Czeti István dr. (szül. 1908) főv. XV. ker. rendelőintézet nyugdíjas gyermekgy. főorvosa 1979. április 29-én;

P. Dávid József dr. (szül. 1943) mezőúti körzeti orvos 1979. június 1-én;

Debreczeni György dr. (szül. 1913) a zirci kórház nyugdíjas szülész főorvosa 1979. február 15-én;

Fógli László dr. (szül. 1937) ózdi seb. szakfőorvos 1979. április 14-én;

Gábor György dr. (szül. 1913) Orsz. Kardiológiai Intézet főigazgatója 1979. június 8-án;

Guttmann István dr. (szül. 1899) balassagyarmati nyugdíjas körzeti orvos 1979. június 6-án;

György Ilona dr. (szül. 1923) Salgótarján, Megyei Eü. Oszt. nyugdíjas főorvosa 1979. április 30-án;

Kiss Imre dr. (szül. 1902) porcsalmai nyugdíjas körzeti orvos 1979. május 26-án;

Ladányi József dr. (szül. 1908) főv. XXI. ker. rendelőintézet nyugdíjas gégeszakorvos 1979. június 8-án;

Langfelder Mária dr. (szül. 1913) Orsz. Vértranszf. Int. tud. osztályvezető 1979. június 8-án;

Macsinka Árpád dr. (szül. 1931) maklári rendelőintézet főorvos 1979. június 10-én;

Molnár József dr. (szül. 1899) várpalotai rendelőintézet nyugdíjas főorvos 1979. március 5-én;

Murányi László dr. (szül. 1927) a szegedi Gyermekklinika osztályvezetője 1979. március 22-én;

Németh Gábor József dr. (szül. 1925) Eger város eü. oszt. vezető iskolaorvosa 1979. június 28-án;

Novák László dr. (szül. 1908) a pápai járás nyugdíjas főorvosa 1979. január 20-án;

Pázsit Pál Antal dr. (szül. 1902) főv. XXII. ker. rendelőintézet nyugdíjas orth. szakfőorvos 1979. június 19-én;

Pencz Gusztáv dr. (szül. 1903) várpalotai nyugdíjas iskolaorvos 1979. május 16-án;

Péterfi Gyula dr. (szül. 1926) lábatlani körzeti orvos 1979. március 1-én;

Sárközi Gábor dr. (szül. 1939) főv. III. ker. rendelőintézet nőgyógyász szakorvos 1979. június 8-án;

Simon István dr. (szül. 1911) encsi nyugdíjas körzeti orvos 1979. június 20-án;

Simon Tibor dr. (szül. 1910) főv. János Kórház ideg-elme szaktanácsadó 1979. május 26-án;

Sipos Károly dr. (szül. 1902) a szegedi I. Sebészeti Klinika nyugdíjas tud. csop. vezetője 1979. május 26-án;

Szabó György dr. (szül. 1909) a nagykanizsai Bőrgondozó nyugdíjas vez. főorvosa 1979. június 9-én;

Szabó Gyula dr. (szül. 1896) hevesi nyugdíjas közegészs. felügyelő 1979. június 11-én;

Szell János dr. (szül. 1948) az Orvostovábbképző Int. Urol. Klinika tanársegédje 1979. május 1-én;

Vincze Endre dr. (szül. 1900) gyomai nyugdíjas körzeti orvos 1979. május 28-án;

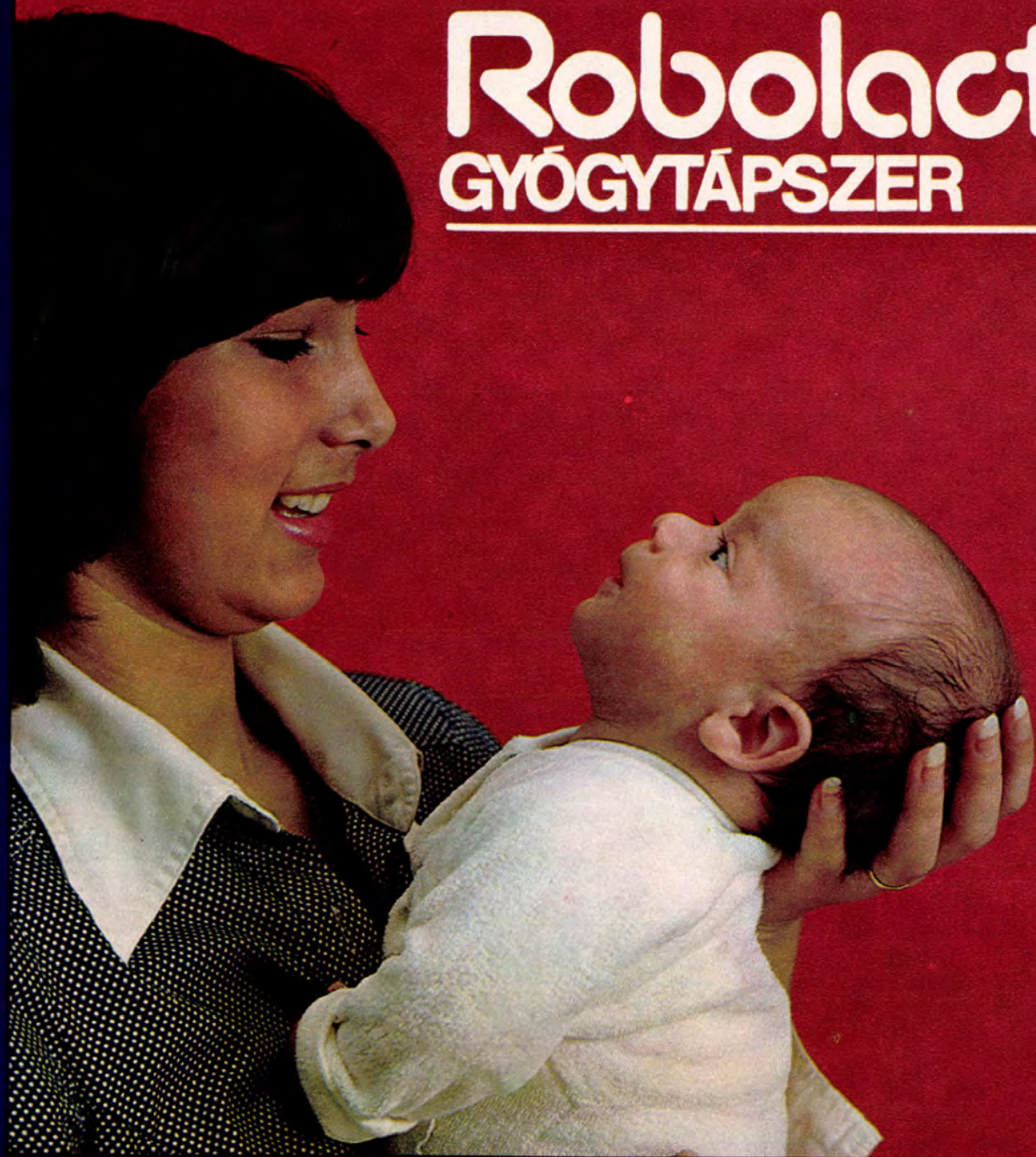
Zernig Frigyes dr. (szül. 1937) a pécsi Szül. Klinika adjunktusa 1979. június 30-án;

Zsedényi Gábor dr. (szül. 1898) főv. II. ker. rendelőintézet nyugdíjas orth. főorvos 1979. május 7-én elhunyt.

Emlékezzünk kegyelettel rájuk, hivatásukat hűségesen és becsülettel teljesítő kollégáinkra!

Robolact

GYÓGYTÁPSZER



A Robolact kémiai és mikrobiológiai ellenőrzött tej, tejszír, dextrin, maltóz, laktóz, szacharóz, ásványi anyagok és vitaminok homogenizátumából porlasztva szárítási gyártástechnológiával előállított tápszerkészítmény. A tej alapú tápszer nagy fehérje- és kisebb zsírtartalma a koraszülöttek sajátos tápanyagszükségletének felel meg.

Robolact

GYÓGYTÁPSZER



ÖSSZETÉTEL

	Robolact tápszerpor, %	Robolact fogyasztásra kész tápszeroldat 100 ml (1 dl) g/100 ml	Anyatej, g/100 ml
Fehérje	17,1	2,6	1,2
Zsír	9,9	1,5	4,0
Szénhidrát	66,0	10,0	7,0
Ásványi anyagok + vitaminok	4,0	0,60	0,2
	100 g = 421,5 Kal	100 ml (1 dl) = 63,9 Kal	100 ml = 71 Kal

Vitamintartalom 100 ml- (1 dl-) ben

Vitamin A	300 NE
Vitamin B ₁	0,08 mg
Vitamin B ₂	0,12 mg
Vitamin B ₆	0,05 mg
Vitamin C	6,00 mg
Vitamin E	1,00 mg
Biotin	0,01 mg
Niacin	0,08 mg
Ca-pantotenát	0,20 mg

JAVALLATOK

Koraszülöttek vagy 3 kg-nál kisebb testsúlyú 1—2 hónapos csecsemők mesterséges, ill. kevert táplálására alkalmas tej alapú tápszerkészítmény.

Átmeneti táplálásként dyspepsia, ill. enteritis diétás kezelésére is alkalmazható.

A TÁPSZEROLDAT ELKÉSZÍTÉSE

A dobozban levő adagolókanálkával (1 kanál tápszerpor = 5 g) annyiszor, 3 lesimított kanálnyi tápszerport (kb. 15 g-ot) veszünk ki, ahány deciliter (100 ml) tápszeroldatot akarunk készíteni. A tápszeroldatot felforralt és 60 °C-ra hűtött vízzel készítjük el. A gyógytápszerhez további adalékanyagok (pl. cukor) hozzáadása szükségtelen.

A már felbontott dobozból a tápszerport két héten belül fel kell használni!

ADAGOLÁS

A napi adag általában a testsúly $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{8}$ -ának felel meg. Ezt annyi részre kell elosztani, ahányszor etetjük a csecsemőt.

A tápszer kizárólag az orvos utasítása alapján és ellenőrzése mellett adható!

Megjegyzés: Koraszülöttek, 3 kilogrammnál kisebb testsúlyú csecsemők részére anyatej pótlására, valamint átmenetileg dyspepsia, enteritis diétás kezeléséhez 1 éven aluliaknak rendelhető, minden esetben térítésmentesen. Rendelésre jogosultak mindazok az orvosok, akiknek a gyógyító-megelőző ellátás keretében a csecsemőellátás a feladatkörükbe tartozik.



Csomagolás: 500 g 30,50 Ft

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR



Mikrobiológia és fertőző betegségek

A felbomló primitív humán közösségek változó, átmeneti és eltűnő jelenségeinek orvostudományi megfigyelése sürgős. Gajdusek, D. C. (National Institutes of Health, Bethesda, Maryland): Health and Disease of Tribal Societies. Ciba Foundation Symposium. 1977, 49, 69.

Az amyotrophiás lateralis sclerosis, Parkinson betegség, cysticercosis epilepsia által okozott epidémiás égés, és férfi pseudohermaphroditismus izolált új-guineai populációban való halmozódásának felfedezése még sürgetőbbé teszi a primitív törzsi életmódot folytató civilizálatlan közösségek alapos tanulmányozását. A halázzattal vadászattal foglalkozó, világtól elszigetelten élő kis közösségekben eltűnőben levő biológiai jelenségeket figyelhetünk meg, és a repülőgépek megjelenésével, utak építésével, közegészségügyi, szociálpszichológiai változásokkal új betegségek megjelenésének lehetünk szemtanúi. A szerző 11 példával illusztrálja megállapítását: a kanyaró-, mumps-, rubeola-, influenza-vírus, ill. vaccinatio hatása bizonyos mikroorganizmusokkal szembeni „szűz statusnál”, a mellékvessékéreg hormonok és vesefunkció kompenzáló, sóviasszatérítő aktivitása extrém nátriumhiányos étkezési szokások mellett, melanéz „vademberek” western típusú schizofren reakciói a civilizációs hatásokkal szemben, hagyományos psychosexuális ceremóniák változása központi kormányzás esetén slow vírus fertőzések longitudinális, vertikális terjedése, robbanásszerű „elneptelenedés” nemi betegségek miatt, tünetmentes jódtelen populációban a golyva-epidémia a gazdag forrásokból párolt só felcserélésekor jódmentes európai sóval.

Különös megfigyelés, hogy bizonyos epidémiás falvakban az amyotrophiás lateralsclerosisban szenvedők többsége Parkinson-kórra jellemző rigiditást és tremort is mutat, anélkül, hogy sikerült volna ezt az összefüggést anamnesztikus vagy laboratóriumi adatokkal bizonyítani. Sikerült viszont bizonyítani az 1972–73-ban kirobbant epidémiás súlyos égések és az addig ismeretlen *Taenia solium* fertőzés között. Az ekari férfiak ugyanis a házi tűz körül alusznak mindig és a cysticercosis idegrendszeri invasiójánál típusos grand malok alatt eszméletlen állapotban égtek meg az alvó em-

berek. A subcutan nodulusok szövettani vizsgálata bizonyította a cysticercus cellulose cystákat. A kutya mellett a disznó igen elterjedt háziállat az ekari házakban, és az utóbbiak fertőzési forrása a jávai kormánytól ajándékba kapott új disznó volt. A harmadik részletezett betegség a Simbari Anga törzsnél felfedezett férfi hermaphroditismus. A 9 „kwamatmala”, se fiú, se lány sorsa különbözőképpen alakult két faluban. A leánynak induló, ambisex genitáliákkal felnövő gyerekek a pubertás idején az egyik faluban úgy döntöttek, hogy beveszik a fiatal férfiak ceremóniájába, a másikkban viszont férjhez adták őket. A testosteron alfa reductase hiányával kapcsolatos recessívnek tűnő genetikai betegség hasonló lefolyást mutatott a 38 dominikai esethez, melyet 1974-ban kezdtek közölni.

A rendkívül érdekes cikk befejezőképpen újra hangsúlyozza a szerző a primitív közösségekben fellépő epidémiák tanulmányozásának jelentőségét, mert ezek teljesen új szemléletet adhatnak a medicinának az infectious genetikai betegségek patomechanizmusának kiderítésével.

Szollár Judit dr.

Szokatlan vírusok és a Kuru betegség eredete és eltűnése. Gajdusek, D. C. (Central Nervous System Studies Laboratory, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland): Science. 1977, 197, 943.

A Kuru volt az első krónikus degeneratív betegség emberben, amelyről bebizonyosodott, hogy „lassú vírus” okozza, évekig tartó latentia után halálhoz vezető progressióval, néha látszólagos hereditáriaritással. Ezután vált nyilvánvalóvá a „slow vírus” fertőzés aetiológiai szerepe más progresszív degeneratív idegrendszeri betegségekben, így a subcutan sclerotizáló panencephalitisben (SSPE), progresszív multifocalis leukoencephalopathiában (PML), Creutzfeldt–Jakob típusú átvihető, fertőző vírus dementiákban (CJD). A Kuru vizsgálata nemcsak a fertőző betegségek egy új pathomechanizmusát tárta fel, hanem új, „nem szokványos vírusok” felfedezését is jelentette. Különböző fizikai és kémiai anyagokkal szembeni nagy ellenállóképességük megkülönbözteti őket az eddig ismert mikroorganizmusoktól. Feltűnően rezisztensek UV és röntgensugárzással, formaldehiddel, EDTA-val szemben (szokásos műtői fertőtlenítési módok tehát nem pusztítják el). A

vírus tulajdonságok megismerését nehezítette, hogy régebben kizárólag főemlősökre sikerült átoltani a vírust emberi agyszövetből, és csak újabban sikerült tengerimalacon, macskán, egéren az izolálás.

Először a szerző a subcutan spongiform vírus encephalopathiákat ismerteti, melyeket konvencionális vírusok „lassú fertőzései” okoznak, szemben a Kuruval és az átvihető „slow vírus” dementiákkal. Paramyxovírus (defectiv kanyaró vírus!), herpes simplex vírus, adenovírus 7,32, rubeolavírus, SV40, RSSE Toga vírus, ismeretlen RNA vírus, cytomegalia, hepatitis, polyomyelitis, echo vírus szerepelhet a subcutan kanyaró utáni leukoencephalitis, SSPE, subcutan encephalitis, progresszív panencephalitis, PML, Kozhnekov-féle epilepsia, Crohn-féle betegség aetiológiájában. Jól elkülöníthetők a klasszikus lassú vírus fertőzésektől, melyekre a vírus fertőzéseket általában kísérő gyulladásos jelek teljes hiánya, a liquorban a sejt- és fehérjeszaporulat elmaradásával, az amyloid plaque-ok és gliosis jelenléte szövettanilag, és az immunháztartás csendje, vagyis az immunológiai válaszok teljes hiánya. Megjegyzendő, hogy az ismertetett konvencionális vírusok nemcsak subcutan spongiform encephalopathiákért, hanem lymphocytás choriomeningitisért, változatos állatfertőzésekért lehetnek felelősek (bárány-tüdőadenomatosis, egércataracta, ló-anæmia, hörcsőghydrocephalus, majom spontán multifocalis encephalopathia stb.). A gazdaszervezet befolyásoló genetikai tulajdonságai mellett a vírus replicatiója is meghibásodhat, pl.: SSPE-t okozó kanyaróvírussal, vagy az immunháztartás játszik szerepet. PML számos esetben leukaemiás, lymphomás vagy iatrogen immunsuppressív állapot tárulhat. Az eddigi állatokon tanulmányozott lassú fertőzések modell-kísérleteiből és humán epidemiológiai felmérések alapján felmerült a gyanúja annak, hogy „lassú vírus” fertőzés, vagy konvencionális vírus „lassú fertőzése” játszik szerepet a sclerosis multiplexben, a Parkinson-betegségben, a disseminált lupus erythematosesben, a juvenilis diabetesben, a polyomyositisben és a krónikus arthritis bizonyos formáiban. A szerző ezért Kuru-vizsgálataival párhuzamosan figyeli a krónikus encephalitis, az Alzheimer-betegség, az epilepsia, schizofrenia bizonyos formáinak előfordulását is.

A klasszikus „lassú vírus betegségek” ismertetését a Kuruval kezdi. (Ennek első leírója 1957-ben Gajdusek volt, és ennek tanulmányozásáért 1976-ban Nobel-díjat kapott — Ref.) Új-Guinea 160 falujában mintegy 35 000 lakos gvermeiket és asszonyait veszélyeztető gyilkos kórja volt a kannibalizmus megszűnése előtt. A vírust csak az agyszövetből lehet izolálni, ill. csimpánzra átoltani, elvéve ter-

minális stádiumban májban, lépben is előfordulhat. A Creutzfeldt—Jakob-féle praesenilis dementia előfordulása szintén mutathat jellegzetes, domináns öröklődéssel. A myoclonusokkal, paroxysmusokkal, EEG jelekkel kezdődő betegség klinikai és szövettani képe igen változatos, néha egyezik az Alzheimer-féle betegség, Kuru (sőt glioblastoma) patológiájával. Emberről emberre átvitt fertőzés is ismert (cornea-átültetés, idegsebészeti elektróda beültetés), és legújabban CJD spontán előfordulásáról is jelent meg közlemény. Feltételezhető-e, hogy a kórokozó azonos a Kuru vírusával, csak a sorozatos „agy-passage” során violenciája megváltozott, és így a klinikai manifestatio is? Vagy a SSPE-t okozó kanyaróvírus példáján feltételezhető, hogy a hosszú latens periódus alatt módosul a vírus hatása? Ezekből a „karoszek spekulációkból” egyértelműen csak az a következtetés vonható le, hogy keresnünk kell a Kuru, CJD, a nyest encephalopathiája és a bárány „scrapie”-je közötti összefüggést, és lehetséges, hogy a négy subacut spongiform vírus encephalopathiának a kórokozója egyetlen és ugyanaz a vírus, melynek hatása a gazdaszervezettől is függ. A praesenilis demenciák vizsgálatánál tehát a patomechanizmus, a terjedés módja egészen új megvilágításba került.

Szollár Judit dr.

Cytomegalia és Epstein—Barr-vírus ellenanyag korai megjelenése több, izolált maláj populációban. Lang, D. J., Garruto, R. M., Gajdusek, D. C. (Department of Pediatrics, Duke University Medical Center, Durham): American Journal of Epidemiology. 1977, 105, 480.

A CMV és EB vírus szinte minden populációban elterjedt herpesvírus, de a seroepidemiológiai felmérések szerint szignifikáns különbségeket mutatva az egyes népekre jellemzően. Nyugat-Európában, Angliában és az USA-ban CMV és EB vírus antitestek megjelenése az életkorral növekszik, míg Észak-Amerikában, Dél-Amerikában, Kelet-Európában, Ázsiában és Afrikában fiatalabb korban is, jóval nagyobb gyakorisággal fordul elő latens, vagy manifest fertőzés az antitestképzés alapján. A vizsgált három maláj populációban észlelt korai és nagy gyakoriság nem magyarázható egyformán alacsony társadalmi-közegészségügyi hiányosságokkal, mert a nagymértékben beltenyésztett izolált populációk hygiénés viszonyai egymástól eltértek. Közös „primitív” vonás viszont a család és a szélesebb rokonság intim személyes kapcsolata a gyermekekkel, akik szinte egész nap a felnőttek ölében, hátán vannak, és velük játszadoznak. Általános szokás

az étkezéseknél a falat szájról szájra való megosztása, az „előragás” a kisebbeknek. A fürdési, kézmosási, tisztálkodási szokások viszont eltérőek a három vizsgált népességben. Az interperszonális kapcsolatok jelentőségére utal az észak-amerikai eszkimóknál tapasztalt korai, gyakori CMV fertőzöttség, akiknek hasonló intim családi közösséget jelent a rokonság és ezt bizonyítják a japáni, taiwani vizsgálatoknál észlelt magas korai ráta is, hisz tisztaságuk és rendszeresítettük világszerte híres.

Az új-guineai 121, a Salamon-szigeti 104 és az Új-Hebridákön vett 169 vérmintát complement-fixációs technikával és immunfluorescens módszerrel vizsgálták meg, és a talált 80—100%-os fertőzöttséget értékelték az egyes törzsi különbségek, életkorok szempontjából is. Az idősebb életkorokban talált ritkább előfordulást CMV titerben a kevesebb reinfekcióval magyarázzák.

A szerzők azzal a megjegyzéssel zárják tanulmányukat, hogy a korai, nagymértékű CMV fertőzés előnye, hogy congenitalis infekció foetalis károsodással anyagukban nem fordult elő, tehát az anya CMV pozitivitása egyben a foetus védetségét is jelenti malformációkkal szemben, természetesen csakis akkor, ha nem primer fertőzést jelez a terhesség alatt.

Szollár Judit dr.

Creutzfeld—Jakob-betegség véletlenszerű, emberről emberre való átvitelének veszélye sebészeti beavatkozást követően. Bernoulli, C. és mtsai (Neurologische und Neurochirurgische Kliniken, Kantonsspital, Zürich, etc.): Lancet. 1977, I, 478.

A szerzők két fatális kimenetelű fertőzés esetét ismertetik, mindkétben C—J-betegségben meghalt betegen megelőzőleg is használt, szokásos módon fertőtlenített (benzin, formaldehid gőz, 70%-os alkohol, 48 órás autoklavozás) ezüst-elektrodákat is alkalmazták stereotaktikus EEG-nél. A 23 éves gyógyszer-resistens psychomotoros epilepsia miatt kezelt asszonynál szülését követően 20 hónappal a vizsgálat után, és a 17 éves postencephalitises psychomotoros epilepsia miatt kezelt fiúnál 16 hónappal a vizsgálat után léptek fel a jellegzetes cerebelláris tünetek. A diagnózist EEG jelek, szövettani vizsgálat erősítette meg. A második esetben sikerült az agy- és lépszövetből majmokat beoltani, és a gyanúsított két ezüst-elektrodát csimpánzok frontális lebenyébe beültették. A formaldehid-resistens kórokozó lappangási ideje legalább 1 év, és ez a tény még veszélyesebbé teszi a sebészeti transmissio lehetőségét, mely korábbi cornea-átültetés eredményeiből is ismert.

Szollár Judit dr.

Influenza kezelés emberi fehérvérsejt interferonnal. Ikics, D., Petrocsevics, I., Soós E. (Egyetemi Immunol., Intézet, Zágráb): Proc. Synp. Clin. Use Interform, 1977, I, 370—375.

Az 1974-es influenzajárvány során 118 beteg közül (internátusi bentlakó diákok) 55-öt emberi fehérvérsejtekből nyert interferonnal kezeltek. 11 személy a betegség első, 28 a betegség második és 16 a betegség harmadik napján kapta a kezelést, 63 egyén tüneti kezelést kapott s azok képezték a kontroll csoportot. A járványt okozó vírus törzs közel állt a Myxovirus influenzae A/England/42/72-es törzshöz.

Az interferon kezelés abból állt, hogy 10 000 egység interferont lélegeztettek be inhalator segítségével (cseppnagyság 0,5 μ) 20—30 percen át egyetlen alkalommal. A kezeléstől számított 12—24 órán belül a klinikai állapotban jelentős javulás következett be, a hőmérséklet normálisra állt be s a toxikus tünetek megszűntek. Mindez jóval hamarabb következett be azokon, akik az interferont belélegezték, mint a kontroll csoport tagjainál. Az interferon kezelés nem járt mellékhatatokkal és nem befolyásolta a seroconverciót.

Nikodemusz István dr.

Elő, attenuált New Jersey influenzavírus. Ikics, D., Pasini, N., Manhalter, T. (Egyetemi Immunol. Intézet, Zágráb): Proc. Synpos. Stab. Effect., Vaccines, 1977, II, 76—84.

Egy rekombinációs egység a New Jersey 8/76 és az X 31 A/Hongkong/1/68 x A/PR/8/34-ből Hsw1N1 burokantigénnel, 28—29 fokon került inkubálásra. 36 egyént (önkéntes jelentkezőket) az így nyert attenuált élő vírussal immunizáltak intranasalisan. A vírusmennyisége 10^5 és 10^7 ID₅₀ között váltakozott s az egyéneknek orrlukánként 0,25 ml oltóanyagot vittek be. Az önkéntesek közül 3 személy jelzett átmeneti kismértékű hőmérséklet-emelkedést, a többin a vakcináció nem okozott tüneteket. Az oltóanyag védőhatásával kapcsolatban még további vizsgálatok szükségesek.

Nikodemusz István dr.

Influenza sorozatoltás új oltóanyaggal. Lutz, O., Triesel, R., Jahn, P. (Sandoz A. G. Nürnberg): Med. Welt 1978, 29, 1412—1415.

Az influenzaoltásokat már sok helyen végzik, az oltóanyagok ellen időnként az a panasz merült fel, hogy káros mellékhatásaik vannak. A Sandoz Gyár (Nürnberg) új módszerrel készített oltóanyagot (acetyl-trimethyl-ammóniumbromidos kivonatot, amely a Myxovirus influenzae glycoproteinjét — haemagglutinin és neu-

raminidase — tartalmazza) próbált ki több gyár (gyógyszergyár, vasgyár, finommembranikai gyár és egészségügyi intézmények) üzem-egészségügyi szolgálatának közreműködésével. Az oltóanyag, amely Myxovirus influenzae Typ A (H₃N₂) Victoria 3/75 és M. influenzae Typ B Hongkong 8/73 antigénjeit tartalmazza 0,5–0,5 ml mennyiségét adtak be subcutan összesen 6403 önként jelentkező dolgozónak. Az oltottak 67%-a nő volt, átlag életkoruk 42 év, a legidősebb 83, a legfiatalabb 17 éves volt.

Az oltás után megfigyelték az oltási reakciókat, általános tüneteket (láz, fejfájás, álmatlanság) csak az oltottak 0,7%-án (51 személy) tapasztaltak, helyi bőrpírt 16%-ban, fájdalmat és duzzadást mintegy 3–4%-ban észlelték, a többség melléktünetek nélkül viselte el a védőoltást. 247 személyen szerológiai próbákat végeztek 4 héttel az oltás után, továbbá egy év múlva. A négy hét múlva levett vérek 80%-a 32-es hígításban adta a haemagglutináló gátlási próbát az A típusú szemben és 83%-a a B típusú szemben; 16, ill. 11%-os hígításban gátolta a vírusmagagglutinációt. Egy év múlva a savók 56%-a adott 32-es titerű gátlást az Influenza A-val és 60%-a B-vel szemben, 16-os titerű reakció az A típusú szemben 22%-ban, volt megfigyelhető. A szerzők a 32-nél magasabb titerű reakciókat a teljes védettség jelének, a 16-os titerű reakciókat a részleges védettség jelének tartják.

Nikodemusz István dr.

A víruspneumónia etiológiája pekingi gyermekek között 1973–1975-ben. Chiu Fu-Hsi, Li Kuei-Ying (Vírus Res. Lab. Friendship Hosp. Peking): Chin. Med. J. 1977, 3, 125–130.

A szerzők 85 vírus pneumonia-ban szenvedő 1/2–4 éves gyermekek kórokozóit tanulmányozták. 59 gyermek torokváladékából adenovírusokat, elsősorban a 7-es típust, ritkábban a 3-as típust tenyésztették ki, továbbá 14 szövdményes eset mellkasúri folyadékgyülemében közül 10 esetben, valamint öt halálosan végződő megbetegedés esetén a tüdőszövetből. Ezenkívül egy alkalommal a beteg torokváladékából Myxovirus parainfluenzae typ 1 tenyésztett ki.

60 esetben vizsgáltak savópárokat a megbetegedés heveny szakából és a lábadozás idejéből, 47 esetben kifejezett neutralizációs antitest-emelkedést, 40 esetben komplement köző antitest titer emelkedést tapasztaltak a 3-as vagy 7-es adenovírustal szemben.

A kitenyésztett adenovírusok és a törzsgyűjteményben levő adenovírusok elektronmikroszkópos azonosításnak bizonyultak.

Nikodemusz István dr.

Hongkong influenzavírus fennmaradása malacokban. Shortridge, K. F., Webster, R. G., Butterfield, W. K. (Queen Mary Hosp. Hongkong): Science 1977, 196, 1454–1456.

Hongkongban a közelmúltban izoláltak sertésekből A/Hongkong/1/68 (H3N2) influenzavírust, amit több év óta nem mutattak ki emberekből. Ezenkívül kitenyésztettek malacokból és kifejlett sertésekből A/Victoria/3/75 influenza-vírushoz hasonló agenszt, ezen utóbbi terjed emberek között manapság is. Mindkét vírustörzs viszonylag könnyen vihető át mesterségesen sertésről sertésre. Az A/Hongkong/68-hoz hasonló vírusok izolálása malacokból 1976-ban azt jelenti, hogy a malac adott esetben lehet az influenza A-vírus rezervoirja s ezekből esetleg pandémia alakulhat ki, különösen, ha genetikai rekombináció jön létre emberi és sertéstörzsek között, mert ezekkel szemben nincsenek antitestek az emberek savóiban.

Nikodemusz István dr.

Mononucleosis infectiosa idősebb betegekben. Carter, J. W., és mtsai (Mayo Graduate School of Med., Univ. of Minnesota, Rochester, USA): Mayo Clin. Proc. 1978, 53, 146–150.

A mononucleosis infectiosa elsősorban a fiatalabb korosztály benignus lymphoproliferatív betegsége, idősebbekben ritkán fordul elő. A Mayo klinikán 26 év alatt 6 olyan 60 évnél idősebb beteget észleltek, akiknél nem voltak specifikus tünetek, s a feltételezett mononucleosis infectiosát heterofil test titeremelkedéssel és/vagy Epstein-Barr-vírus antitest titeremelkedéssel igazolták.

A klinikai adatok közül a láz, az elesettség, bágyadság emelhető ki elsősorban, icterus 3 esetben fordult elő, cervicalis adenopathia sem volt jelentős, hepatosplenomegalia 1 esetben volt kimutatható, pharyngealis tünetek pedig nem voltak. A vérképben mérsékelt leukocytosis mellett lymphocytá dominancia mellett 5,5–59%-ban atypusos lymphocyták voltak, az ún. májfunkciós próbák diszkrét eltérést mutattak, mérsékelt serum bilirubin emelkedés mellett.

Bár a szerzők a klinika anyagában évtizedek alatt csak 6 időskori mononucleosis infectiosa esetet gyűjtöttek össze, a klinikai és laboratóriumi adatok alapján bizonyos fokú elkülönítést kísérlenek meg a fiatalkori és időskori esetek között. Míg a fiatalkori esetekre a 100%-os adenopathia, lymphocytosis, 80–100%-os atypusos lymphocytá előfordulás és kóros májfunkciós próbák jellemzőek, továbbá 85%-ban pharyngitis és 40–60%-ban splenomegalia és csak 5–10%-ban icterus, addig az időskori esetekben a pharyngitis és a

splenomegalia elenyésző számban fordul elő, kevesebb az atypusos lymphocyták száma is, icterus és hepatomegalia viszont gyakoribb.

A bizonyítatlan eredetű láz és az idült lymphocytás leukaemiára gyanús vérkép alapján az észlelt többször nem gondol az idős korban mononucleosis infectiosa lehetőségére, melyet a haematológiai adatok és a serológiai vizsgálatok tudnak végül is alátámasztani.

Iványi János dr.

Idült veszettség egereken utcai vírus intracerebrális bevétele után. Gribenca, S. V., Koroljev, M. B., Stefanov, S. B. (Inst. Poliomyelit. Akad. Nauk Moszkva): Vopr. Virus. 1977, 2, 147–156.

Utcai vírussal intracerebrálisan oltott egereken a veszettség idült formáját lehetett megfigyelni. Az utcai vírus egy fiú agyából származott, aki rókaharapás utáni 103. napon halt meg. Az egereken a klinikai tünetek 55 napig tartottak, minden egér elpusztult. Összehasonlítva a vírus által okozott heveny betegségekkel, az idült esetekben 10⁴–10⁵-nél kevesebb infektiiv vírust, a fluoreszkáló részecskék felszaporodását és nagyobb mennyiségű nukleokapszidot lehetett megfigyelni. Feltehető, hogy a kórokozó abortív szaporodási ciklusa váltja ki a betegség chronikus formáját. Hogy ezért végig fokozott melyik mechanizmus a felelős, ma még nem ismert.

Nikodemusz István dr.

Halálos rotavírus gastroenteritisek. Carlson, J. A. K. és mtsai (Depts. of Virology and Pathology, The Hospital for Sick Children, Toronto): Am. J. Dis. Child. 1978, 132, 477.

1972–77 között az egyik torontói intézetben 21 — nagyrészt csecsemő- vagy kisdedkori — virológiailag is igazolt esetet boncoltak; e betegek rotavírus okozta fatálisan végződött gastroenteritis mindössze 2–3 napig tartott. A vírusvizsgálatokat a bétartalomból post mortem végezték direkt elektoron, vagy indirekt immunfluoreszens mikroszkópos módszerrel. Az egyidejűleg elvégzett bakteriológiai vizsgálatok során enteropathogen baktériumokat nem lehetett kimutatni a bétartalomból. A klinikai tünetek nem voltak jellegzetesek; a betegség epidemiológiájára viszont jellemző, hogy a megbetegedések túlnyomó része a téli hónapokra esett. A boncolások során nagyfokú dehydratiót találtak, kitágult belekkel és az azokat megtöltő nagy mennyiségű folyadékkal. A béltraktus szövettani vizsgálata a post mortem autolysis miatt nem volt értékelhető. Csaknem minden sectio során észlelték zsíros májdegenerációt.

A betegek kezelése alatt elvégzett vizsgálatok közül a *hypernatraemiát* kell kiemelni. Érdekes módon a betegek nem kerültek általában gyorsan kórházba. Több szülő csak telefonon (?) érintkezett az orvosával és feltehető, hogy annak utasításait esetleg rosszul értelmezte. Toronto *fehér bőrű* lakosságának ugyanis 14%-a „nem észak-amerikai és nem nyugat-európai” eredetű. (Ref.: azaz dél- vagy kelet-európai újonnan bevándorolt.) A betegek fele is ilyen etnikai környezetből származott és feltehetően nem értette jól avagy helytelenül értelmezte az orvosok tanácsait. Ez szolgál annak magyarázatául, miért nem volt lehetőség a betegek gyors rehydrálására.

Vadász György dr.

Mycobacterium kitenyésztése egzotikus állatokból. Thoen, C. O., Richards, D. W., Jarnagin, J. L. (Diagn. Bact. Labor. USDept. Agric. Ames/Iowa 50010 (USA): J. Amer. vet. med. Assoc. 1977, 170, 987—998.

A szerzők ötéves időtartam alatt 474 fogságban levő egzotikus (vad) állat anyagából végeztek bakteriológiai vizsgálatot (tbc-tenyésztés) és ezek közül 263 esetben *Mycobacterium*okat találtak. *Mycobacterium avium*ot 14 helyről származó 128 állatból tenyésztettek ki, ezek közül 65 törzs az 1-es serotypushoz tartozott. 74 állatból tenyésztettek ki *Mycobacterium bovis*t, ezek az állatok 7 állatkertből, 7 vadvédelmi parkból és 4 majomtelepről származtak. *M. tuberculosis* 9 szövetséges államból küldött 29 állatból volt kimutatható s *M. paratuberculosis* 22 állatból tenyésztett ki.

Ezenkívül találtak még *M. fortuitum*, *M. chelonae*, *M. scrofulaceum* és közelebbről nem identifikált *Mycobacterium* törzseket. A szerzők felhívják a figyelmet a fogságban levő vadállatokra a gümőkór terjesztésében s rámutatnak arra, hogy az állatkerti körülmények kedveznek a *Mycobacterium*ok terjedésének.

Nikodemusz István dr.

Újszülöttek merevgörccsének közvetlen haláloka. 233 eset tanulmányozása 54 boncolási adattal. Salimpour, R. (Sahr-Azad Children's Hosp. Teheran/Iran): Arch. Dis. Child. 1977, 52, 587—594.

A szerző 125 újszülöttkori tetanust tanulmányozott klinikailag, ezek közül 75 eset végződött halálosan. A közvetlen halál oka hypothermia és bronchopneumonia volt. Általában a hőmérséklet csökkenése a normális érték alá a kezdődő tüdőgyulladás jele volt és egyben mindig rossz jelnek mutatkozott. Egy későbbi sorozatot is tanulmányozott a szerző, ez 108 betegből állt s ezek közül is 75 végződött halállal. E halottak kö-

zül 54 került boncolásra, közöttük 46 esetben találtak tüdőelváltozásokat, legtöbbször tüdővérzés, aspiációs pneumonia és bronchopneumonia volt kimutatható, de előfordultak vérzések a mellékvesékben és vesékben, továbbá találtak renalis vena thrombosiszt.

Nikodemusz István dr.

Bélbaktériumok ellenállása antibiotikumokkal szemben. Szerkesztőségi közlemény: Med. Nutrit. 1978, 14, 229—231.

A bélbaktériumok egyre növekvő rezisztencia kifejlődése komoly nehézségeket okoz mind az ipari-egészségügyileg fejlett országokban, mind a fejlődésben levő volt gyarmati-félgymarmati országokban. Erre sok példa van régebben és újabban.

1972—73-ban Mexikóban egy *Salmonella typhi* által okozott járvány alakult ki, amelynek során a mortalitás, ill. a letalitás — az antibiotikum kezelés ellenére — olyan méreteket öltött, amilyen csak az antibiotikum korszak előtt volt.

A hatvanas évek végén, hetvenes évek elején Közép-Amerikában főleg Guatemalában és Panamában évekig tartó dysenteria járvány zajlott le, amelyet elsősorban a *Shigella dysenteriae* Shiga idézett elő, s ezt sem befolyásolta az antibiotikum kezelés, ehhez hasonló járvány alakult ki Banglades-ben 1972—1973-ban, mindkettő halálozása magas volt.

Ilyen esetek megelőzésére a jövőben az eddiginél sokkal célszerűbben kell alkalmazni az antibiotikumokat, a velük való visszaélést meg kell szüntetni, az ok nélkül adott gyógyszer nem lehet hatásos. Másrészt fontos lenne az antibiotikumok felhasználását az állattenyésztésben korlátozni, ezek célja nem lehet a testsúlygyarapodás előidézése.

Az Egészségügyi Világszervezet megelégedéssel vette tudomásul, hogy számos országban megszüntették a tetracyclinek és más antibiotikumok rendszeres adagolását az állati tápszerekben.

Az ellenőrzés nélküli antibiotikum adás mind az ember-, mind az állatgyógyászatban a rezisztencia kifejlődésével jár.

Nikodemusz István dr.

Klinikai anyagokból kitenyésztett anaerob baktériumok száma és fajtája 1960 óta. Holland, J. W., Hill, E. O., Altemeier, W. A. (Dept. Surg. Univ. Cincinnati, Ohio, USA): J. Clin. Microbiol. 1977, 5, 20—25.

A Cincinnati Egyetem Sebészeti Klinikája 1960—1974 között 826 mintát (széklet, vizelet, köpet, vér) vizsgáltak meg anaerob mikrobák jelenlétére, ezek közül összesen

689 (83%) tartalmazott baktériumokat, de anaerobokat csak 403 (58,5%).

153 anyagból pontos identifikálást végeztek. Gram-negatív pálcikákat, *Bacteroides* csoport tagjai, találtak a 153 minta 70%-ában, ezek mellett anaerob gram-pozitív coccusok voltak a leggyakoribbak, amelyek a 153 minta 66%-ában jelen voltak. A pontos azonosítás a legtöbbször *Bacteroides fragilis* mutatott ki. Az egyes évekre felbontva kiderítették, hogy a 14 éves időközben a kitenyésztett anaerobok száma és aránya nem változott lényegesen.

Nikodemusz István dr.

Anaerobok izolálása és identifikálása állatorvosi laboratóriumban. Berkhoff, C. A., Redenbarger, J. L. (Dept. Vet. Microbiol. Purdue Univ. Lafayette/Ind. USA): Amer. J. Vet. Res. 1977, 38, 1069—1072.

A szerzők egy éven át (1975 elejétől 1976 elejéig) minden állatorvosi bakteriológiai vizsgálati anyagot anaerob tenyésztésnek vetettek alá. A vizsgálati anyagok 50%-ából *Clostridium*okat, gram-pozitív spórátlan pálcikákat, továbbá gram-negatív pálcikákat az anyagok 19—19%-ából, *Actinomyces* fajokat a minták 10%-ából és anaerob coccusokat a minták 1%-ából tenyésztettek ki. Volt olyan anyag is, amelyben egyszerre többféle anaerob mikroba nőtt ki, viszont a minták 25%-a sterilnek bizonyult, belőlük nem nőtt ki anaerob mikroba. Az izolálási és identifikálási eljárás redukálható szilárd táptalajon alapul.

Az anaerobok aránya a diagnosztikában a módszerek javulásával emelkedik.

Nikodemusz István dr.

Szív és- keringési betegségek

Szorongásos szívpanaszok a mindennapos orvosi gyakorlatban. Garcia, J., D. Langen: Münch. med. Wschr. 1978, 120, 923—926.

Kevés tünetcsoportot írtak le gyakrabban, mint a szorongásos szívpanaszokat, bár ezeket többnyire mindig más névvel illették. Neveztek functionális angina pectorisnak, ideges szívdobogásnak, hyperkinesis cordisnak, irritabilis szívnek, neurocirculatorikus astheniának, effort syndromának. A pszichiatriai irodalomban félelmi neurosisnak, anxietas-reactionnak, szív-hypochondriának, szívphobiának, szívneurosisnak és szívszorongásnak is jelölték e psychosomatikus zavart.

A szívszorongással járó anginás panaszok váratlan fellépte a betegben pánik-hangulatot kelt és ennek alapján benne rögtön két

kérdés merül fel: 1. Mi van velem? 2. Mivel szüntethetném meg ezt a kellemetlen állapotot? Az első kérdést az orvos EKG-vizsgálattal próbálja megválaszolni és, ha ez negatív, akkor vagy funkcionális cardiovascularis anomáliának diagnosztizálja, vagy a beteget azzal küldi haza, hogy nincsen semmi baja. Az előbbi tudata a páciens további életében jelenthet hátrányt, az utóbbi vélemény pedig bizonyára hamis. Az EKG ugyanis a megélt tachycardiáról nem ad felvilágosítást, sőt még a terheléses EKG sem ad biztos információt. A paroxysmalis tachycardia pedig kétségtelenül pánik-hangulatot kelt.

A szorongással járó anginás szívpanaszokat még akkor is komolyan kell vennünk, ha azok mögött organikus elváltozást nem találunk. Véleményünk szerint tennivalók még akkor is vannak, ha csak az önregulációs-képesség zavarára áll fenn. Ezt látszanak alátámasztani saját vizsgálataink is, amelyekben 37 szívzorongós páciensüket 4 éven keresztül figyelték és kezelték 36 kontrolláltsághasonlítva. Ebben a következő kérdésekre kerestek választ: 1. Egykék-e? 2. Hány év a saját és testvérük közötti különbség? 3. Gyermekekükben heves félelemérzésben szenvedtek-e? 4. Kisgyermekkorukban túlzottan indulatosak voltak-e? 5. Hajlamosak-e a stressz-szituációkba belelovalni magukat?

A testvérek számában, illetve a testvértől való életkor különbségben a két csoport között nem találtak szignifikáns különbséget, tehát nem tudták alátámasztani azt a többek által hangoztatott véleményt, hogy az egykék, illetve fakultatív egykék (testvértől való legalább 5–6 éves korkülönbség) között a szorongós szívpanaszok gyakrabban fordulnak elő. Erősen szignifikáns volt viszont a különbség a másik 3 csoportban (gyermekkorú félelem és indulat, stressz-szituációk túlértékelése). A vizsgálatokból kiderült, hogy a psycho-neurovegetatív önregulációs-képesség zavarának képességét ezekben az emberekben számításba kell venni és ezek bizonyos életkonstellációkban dekompenzációhoz vezethetnek, valamint azt, hogy ezek további lépéseket tesznek szükségessé az organikus alap kereséséhez.

Ezen esetek gyógykezelése psychotherápiából, kisadagú nyugtatókból és a fizikai aktivitás fokozásából áll. A psychotherápiában a családott ismerő orvosnak kell ki-hámozni, hogy foglalkozási, familiaris, vagy partner konfliktusokról van-e szó? Egy másik vizsgálatban a szerzők azt találták, hogy 25 szorongással járó szívpanaszos betegük közül 16-nál lehetett a panaszok felleptekor foglalkozási, vagy familiaris konfliktus-szituációt kimutatni.

A szerzők egyes eseteiben jóhatású volt a béta-receptor blokkol-

ók alkalmazása, főleg akkor, ha a szorongós szívpanaszok felfokozott, vagy normális sympatheticotonussal jártak, nevezetesen normális, vagy magasabb vérnyomásértékek és pulsusfrequentia esetén. Hangsúlyozzák azonban, hogy psychotherápia nélkül a béta-receptor blokkolók sem oldják meg a problémát. Egyes esetekben jóhatásának találták a neuroleptikumok és antidepressívumok kombinációját, de hogy a különböző készítmények az egyes betegségeknek miért jobbak, vagy rosszabbak, arra nem tudnak választ adni. A szorongós szívbeteg kezelésére nagyon hosszú ideig elnyúlhat és a kórkép prognosisa — ha nem válik idültté — viszonylag kedvező.

Angeli István dr.

Ischaemiás szívbetegség rizikó faktorai a 40 éves korcsoportban.

Logan, R. L. és mtsai (Royal Infirmary, Edinburgh; Karolinska Hospital, Stockholm): Lancet, 1978, I, 949–955.

Edinburghban az ischaemiás szívbetegség (IHD) halálozása háromszor nagyobb, mint Stockholmban. A szerzők a különbség okát keresve 107 edinburghi és 82 stockholmi egészséges, 40 éves ember vizsgálatának eredményét hasonlították össze.

Az edinburghi betegek alacsonyabbak és kövérebbek voltak, magasabb volt systolés és diastolés tenziójuk, több cigarettát szívtak (a cigarettázók száma mindkét csoportban azonos volt), több alkoholt fogyasztottak.

Az IHD ismert rizikó faktorainak gyakoriságán kívül a két csoport között lényeges metabolikus eltéréseket is észleltek.

Az edinburghiakon magasabb volt a serum össz triglycerid tartalom és minden lipoproteid frakcióban magasabb arányban voltak a triglyceridek. Azonos volt a serum össz koleszterin és VLDL koleszterin magasabb, a HDL koleszterin alacsonyabb értékeket mutatott a skót csoportban. Az edinburghiakon tehát az alacsony HDL koleszterin szint magas VLDL triglyceriddel társult. A két lipoproteid frakció ilyen megoszlása IHD-re jellegzetes.

A keringő és a zsírszövetben levő lipidekben a linolensav százalékos aránya alacsonyabb volt az edinburghi csoportban. Ez az adat számos szerző megfigyelésével egyezik, miszerint a serum lipidekben és lipoproteidekben levő alacsony linolensav tartalom atherosclerosisra társul, gyakoribb a myocardialis infarctus és a claudicatio intermittens.

A glukóz tolerancia mindkét csoportban azonos volt, de cukorterhelésre az edinburghiak insulinválasszal reagáltak. Az ennek ellenére magasabb FFA szint a cso-

port tagjainak bizonyos mértékű insulín rezisztenciájára utalt. Az insulín szintek különbsége megerősíti azt a megfigyelést, hogy a keringő insulín magasabb koncentrációja mellett gyakoribb az atherosclerosis.

Az edinburghiak többen szenvedtek subklinikus IHD-ben, gyakoribb volt a kóros EKG, keringő pár-ergométer terhelést kevésbé toleráltak.

A szerzők érdekes vizsgálatait az IHD-t kísérő metabolikus eltérésekre hívják fel a figyelmet.

Hermányi István dr.

Járobeteg 24 órás EKG-monitorozásának eredménye egy köz-kórházban. McLeod, A. A., Jewitt, D. E. (Cardiac Department King's College Hospital, London SE5 9RS): British med. J., 1978, I, 1197–1199.

Egy korábbi tanulmány tapasztalatait felhasználva az 1976. év folyamán a kórház minden orvosa számára lehetővé tették EKG-monitor használatát. 281 beteg vett részt a vizsgálatban, nagy részük bejáró, kisebb részük bennfekvő, járóképes beteg. Róluk 322 felvételt készítettek. Monitorozásra került a beteg, ha collapsus, szívdobogásérzés, vagy szédülés tünetei mellett a klinikai állapot vagy a rutin EKG szívbetegségre utalt; ha tünetmentesség mellett a sinus-frekvencia 50/min. alatt volt avagy kamrai ektopiás ütések mutatkoztak; ismert, aritmiára hajlamosító állapotban; beültetett pacemaker ellenőrzése céljából; felismert coronariabetegség miatt — infarctusban esetleges kamrai aritmia kiderítése céljából — anginás rohamokban, ha aritmia gyanúja merült fel — ischaemia diagnosztizálására, fizikai terhelési próba kiegészítésére — az antiaritmias gyógyszerek hatásának ellenőrzésére.

Vizsgált betegek életkora 13–89 év között volt. A megfigyelés előtt legalább öt nappal beszüntették az antiaritmias gyógyszerek adását. A felvételek többsége szimultán két csatorna filmfelvétele volt, kisebb részét mágnesszalagon rögzítették kazettás felvételen. Ez utóbbihoz a kamrai aritmia meghatározására aritmia számlálót építettek.

A 281 megvizsgált közül 248-on találtak meg az aritmia valamely fajtáját. A kamrai aritmiaikat Lown szerint osztályozták, az 1–4/b fokozatba 163 beteg volt besorolható. — 80 betegen találtak izolált *supraventricularis ektopiás aktivitást*, míg további 82-n ez kamrai ektopiás ütésekkel szövődött. — 43 esetben jelzett a 24 órás felvétel *sinoatrialis rendellenességet*, melynél a három kritérium (sinoatrialis block, supraventricularis aritmia és a képhe nem illő sinusbradycardia) közül legalább kettő kimutatható volt. — *Atrioventricu-*

laris block 8 alkalommal derült ki újonnan; mind pacemakert kapott később. — Előfordult *hiányos diagnózis*: a hamis negatív eredmények arányát nehéz objektíven lemérni, de előfordul. Így például egy betegnél csak hatszor 24 órás megfigyelés után derült ki a Wenckebach-típusú a-v block, egy másiknál pedig hirtelen szívdobogás és anginás rosszullét mellett is negatív maradt a lelet.

A felsorolt anyagból pontosan 100 esetben (36%) derült ki frissen kezelésre szoruló aritmia. Sinoatrialis vagy atrioventricularis rendellenesség miatt 30 esetben pacemakert implantáltak, a további 70 beteg kamrai vagy supraventrikularis tachyarrhythmia gyógyszeres kezelésére szorult. E kezelésre szoruló betegek közül néhányan szubjektive panaszmentesek voltak.

Ezen 1976. évi anyagukban felderítetlen sinoatrialis rendellenességet mutatók csoportjának átlagéletkora 50 év volt, míg a klinika 1970–77 közötti anyagában 63 éves átlagéletkor mellett ültettek be a pacemakert fenti indikációval.

A szerzők véleménye szerint nincs megbízható farmakológiai és elektrofiziológiai teszt az időszakos sinoatrialis rendellenesség felderítésére és az egyéb, főleg kamrai aritmiák pontos felismerése is könnyebb a 24 órás monitorozással. A diagnózis feltétlen szükséges a hirtelen halálesetek megelőzése érdekében, ezért nagy közkegyházakban a kellő indikációval alátámasztott 24 órás EKG monitorozás rendszeresítését javasolják.

Vigyázó György dr.

A-V blockkal szövődött és A-V block nélküli infarctus myocardii posterior korai és késői prognózisának összehasonlító klinikai vizsgálata. Blanc, J. J. és mtsai: Presse Med. 1978, 7, 1369–1371.

Brest intenzív coronaria osztályán 147 konsekutív infarctus myocardii posterior, vagy posterolaterális lokalizációjú első infarctus tüneteinek mutató betegek adatait értékelték, akik az első klinikai tüneteket követően 36 órán belül felvételre kerültek. A 147 eset közül 29-ben (19,7%) észlelték II. (8 eset), vagy III. (21 eset) fokú A-V blokot. 18-ban keskeny, 3-ban kiszélesedett QRS komplexussal. Az A-V blockkal járó 29 eset képezte az A csoportot. A csoportban — A-V block nélkül — 118 (80,3%) eset volt. A két csoport kor és nem szerinti megoszlása, a rizikófaktorok előfordulása, ill. hiánya nem különbözött.

Az A csoportban súlyos keringési elégtelenség és cardiogen shock előfordulása szignifikánsan gyakoribb, 24%, mint a B csoportban, ahol 7,6% volt. A korai mortalitás is magasabb volt az A csoportban: 20,6%, a B csoportban 9,3%. A halál oka mindkét csoportban az

esetek 2/3 részében cardiogen shock, vagy szívruptura volt. Az A csoportban jobb kamrai pacelést végeztek 60/min. alatti szívfrekvencia, ill. súlyos keringési elégtelenség, cardiogen shock esetén akkor is, ha a kamrai frekvencia ennél magasabb volt; a halálozás egy esetben sem volt az A-V blockkal kapcsolatos. Az A csoport túlélőiben — 23 beteg — 17 napon belül az A-V block megszűnését észlelték.

Az A-V blockkal szövődött inf. myoc. post. korai prognózisa tehát lényegesen súlyosabb, mint az A-V blockkal nem szövődött eseteké. Eredményeik az A-V block előfordulását illetően — az inf. myoc. post. 1/5 részében — és a korai prognózisra vonatkozóan egyeznek az irodalmi adatokkal. Krónikus nyomkövetéses vizsgálatot az A csoport 23 túlélőjén és a B csoport 118 túlélője közül 107 esetben végeztek el. Az A csoport 23 esete közül 7-ben és a B csoport 107 esete közül 20-ban észlelték halálozást a 3 éves (3 hó–5 év) megfigyelési idő alatt. Az A csoportban a halálok mindegyik esetben, a B csoportban 20 közül 12-ben volt ismeretes. Cardialis ok az A csoport 7 esete közül 2-ben és a B csoport 12 esete közül 11-ben szerepelt.

Eredményeik azt mutatják, hogy inf. myoc. posteriorban az A-V jelenléte a késői prognózist már nem befolyásolja. *Török Eszter dr.*

Ál-pozitív terheléses EKG, organikus eltérés nélküli egészséges nőknél. K. P. Schüren, R. Behrens, R. Schröder: Dtsch. med. Wschr. 1978, 103, 816.

252. cardialis státusát illetően egészséges 20–49 éves nők végeztek submaximalis terheléses EKG vizsgálatokat. 51 esetben (20%) a terheléses EKG ál-pozitív horizontális vagy descendáló ST depressiót mutatott. Közülük 26 esetben 1 mm-es, 13-ban 1–2 mm közötti és 12-ben 2 mm-nél nagyobb volt az ST depressio. Az életkorral a gyakoriság növekedett: I. csoport 50% (20–29 év), II. csoport 20% (30–39 év), III. csoport 38% (40–49 év). 34 esetben a nyugalmi EKG-on is voltak repolarizációzavarra utaló jelek.

Az ST depressio maximuma legtöbbször a terhelés utáni első és második percben mutatkozik. 100 mmol Káliumchlorid (Rekawan) per os adása után 90 percre ismételt terheléskor 41 esetből 29-ben nem alakult ki álpozitív „ischaemiás” ST depressio. 9 esetben viszont, akiken a kálium nem védte ki az ST eltéréseket, a coronariographia nem mutatott morfológiai eltérést. A vizsgált egyének vagy panaszmentesek voltak, vagy enyhe mellkasi diszkomfortot jeleztek időnként; típusos angina pectoris betegeket nem vettek be csoportjaikba.

Összefoglalják a terheléses ST depressio és egyes rizikófaktorok

(cigaretta, fogamzásgátlók, psychopharmacoonok, hashajtók) gyakoriságát; a különbségek kifejezettek, de nem szignifikánsak.

Ál-pozitív EKG-jelként értékelik.

1. a süllyedt ST átmenetet és/vagy a T negatívvá válását a II, III, V₄₋₆-ban az orthostatikus EKG-on. 2. Az ismertetett „ischaemiás” horizontális vagy descendáló ST depressiót is, amikor angina pectoris nélkül, már röviddel a terhelés megkezdése után fellép. 3. A repolarizáció normalizálódási tendenciáját a terhelés végzésekor. 4. A terhelés utáni első percben, a frequentia-lassulásakor fellépő horizontális vagy descendáló ST depressiót.

Ezt a syndromát a fokozott adrenerg aktivitás vagy a szívkerregi-rendszer megnövekedett adrenerg válasza következményének tartják, amelyek béta receptor blokkolókkal és káliummal kivédhetők.

A funkcionális horizontális és descendáló ST depressiót az organikusztól a következő kritériumok alapján különböztetik el: 1. Az ST depressio legtöbbször kisebb 2 mm-nél. 2. A terhelés utáni ST depressio maximuma a pihenési fázis első és második percében keletkezik. 3. A kálium-próba a terheléses EKG-ban a funkcionális ST eltérés normalizálódási tendenciáját mutatja, organikus eltérés esetén változatlan.

Széplaki Sándor dr.

Diabeteses cardiomyopathia? Echocardiographiás vizsgálat fiatal diabeteses betegeken. Sanderson, J. E. és mtsai (Hammersmith Hospital, London W12 0HS): British Med. J. 1978, 1, 404–407.

Az előrehaladt coronariasclerosis jól ismert szövődésének a diabetes mellitusnak, jóllehet kórbonctani vizsgálatok szerint ép koszorúerek mellett is gyakori a szívizom betegsége. Ezért feltételezik, hogy a diabeteses microangiopathia cardiomyopathiát okozhat.

A szerzők 23 fiatal, diabeteses mellitusban szenvedő betegnek computerizált kvantitatív echocardiographiás módszerrel megvizsgálták a bal kamra hátsó falának és a mitralis billentyűnek a mozgását diastolában. Ezek a paraméterek mind ischaemiás szívbetegségekben, mind pedig hypertrophiás cardiomyopathiában jellegzetes változást mutatnak. A betegek közül 19-nek volt diabeteses retinopathiája, mitralis billentyű betegség vagy ischaemiás szívizombetegség tünete azonban egyiken sem volt kimutatható.

A 23 beteg közül csupán 6 betegnek találtak normális viszonyokat, 14 betegnek cardiomyopathiára utaló elváltozásokat észlelték, míg 3 beteg esetében ischaemiás szívizombetegségre jellemző változások voltak kimutathatók. A retinopathia

súlyossága vagy a diabeteses kórtörténet hosszúsága és az echocardiographiával észlelt káros elváltozások között összefüggést nem tudtak kimutatni.

A szerzők vizsgálataik alapján feltételezik, hogy a fiatal retinopathiás diabeteseseken a szívizom megbetegedés szubklinikai formája áll fenn, mely cardiomyopathia ép koszorúsér rendszer mellett diabeteses microangiographia talaján alakulhat ki.

ifj. Borboly József dr.

A jobb pitvarba rögzíthető új típusú pacemaker elektródáról. Frunke, H. D., M. Schlachda.: Dtsch. med. Wschr. 1977, 102, 22, 819.

Jelenleg a pacemaker implantációban részesülőeknek csak 10%-ánál végeznek pitvari elektróda beültetést annak ellenére, hogy a betegek kb. 77%-a igényelne ilyen rendszerű pacemaker elektróda implantációt. Az igény és az alkalmazás közötti eltérést a pitvari elektróda rögzítési nehézsége, a magas dislocatiós gyakoriság okozza.

A szerzők 14 betegbe ültettek be IE-65-I (Biotronik) fém horgokkal ellátott elektródát a jobb fülcsébe. A pitvari ingerlés inditását His-kötegi EKG-val igazolt kifogástalan pitvar-kamrai vezetéssel járó pitvari bradycardia képezte. További 6 betegbe a hasonló típusú beültetéssel egyidőben jobb kamrai pacemaker elektróda implantációt is végeztek. A pitvari elektróda bevezetését rgt kontroll mellett saját módszer szerint 180°-ban visszahajlított vezetődírt segítségével hajtották végre.

Egy reoperatív igénylő dislocatiót, 1 exit blokkot, 1 tartós ingerküszöb emelkedést és 2 — gyógyszerrel megszüntethető — pitvarfibrillációt észleltek a postoperatív időszakban.

Véleményünk szerint az Irnich által kifejlesztett IE-65-I elektróda az általunk kidolgozott módszer szerinti beültetése a jobb fülcsébe biztató lehetőséget jelent a pitvari pacelés terén.

Szabó László dr.

A mellkas röntgenfelvétel értékéről heveny szívinfarktusból. Th. Franken és mtsai (Radiologische Klinik der Universität Bonn): Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin 1978, 128, 385—391.

65 esetben hasonlíttatták össze szívinfarctus után átlag 4, 24 és 48 órával készített röntgen mellkasfelvételeket a katéteren át mért végdilatációs pulmonális arteriális nyomással. Céljuk az volt, hogy felmérjék a heveny szakban kórtérmi készülékkel készített röntgen felvételek megbízhatóságát a bal szív elégtelenség kimutatá-

sában. E vonatkozásban értékelhető jel a pulmonális vénák tágulata, az arteria pulmonalis törzs kiszélesedése és a tüdő érrajzolat fokozódása, előrehaladottabb szakban pedig interstitialis majd intraalveolaris tüdővízenyő képének kialakulása. Úgy találták, hogy a röntgenképi elváltozások jó összhangban vannak a pulmonális arteriális nyomás alakulásával, legfeljebb kissé késve követik annak a változásait a kialakulás és a regressio szakában egyaránt. Eszerint az intenzív osztályon infarktus heveny szakában készített kórtérmi mellkas röntgenfelvételek jó tájékoztatást adnak az esetleges bal-szívelégtelenséggel kapcsolatban. Vizsgált betegeken nem állott fenn cardiogen shock, ami a klinikai és röntgenkép alakulását egyaránt befolyásolhatja, tehát ilyen esetekre megállapításaik nem érvényesíthetők fenntartás nélkül. Ugyancsak figyelembe kell venni, hogy bizonyítható az értékelést az egyéb okból fennálló hasonló tüdőelváltozások, mint tüdőfibrosisok, pneumoconiosisok stb. Ezenkívül természetesen kialakulhat tüdővízenyő normális pulmonális nyomás mellett is a kapilláris membránok hypoxiás károsodása következtében.

Lacay András dr.

Ideg- és elmegyógyintézet

Extracranialis érzőkövetek neuropsychiatriai tünetei. Th. Grobe (Nervenkl. der Universität Erlangen-Nürnberg): Med. Welt 1978, 29, 990—993.

Az agyi keringési zavarok 20—30%-át extracranialis érzőkövetek okozzák. Az érzőkövet leggyakrabban okai: arteriosclerosis, gyulladásos érbetegségek, anomáliák, trauma, tumor vagy heg okozta kompresszió, ill. vngálás. Az érzőkövetek, ill. elzáródások változatos és nem jellegzetes tünetekben nyilvánulnak meg. Ha az elzáródás körül kielégítő a kollaterális keringés, tünetmentes is maradhat. Egyszerű múltu neurológiai és psychés kieséseket találunk, máskor hirtelen, súlyos, maradandó zavarokat látunk. A körjelek sok esetben fokozatosan fejlődnek ki. A kórfolyamatban haemodinamikai és thromboemboliás mechanizmusok közösen szerepelnek.

Az alapbajt számos kísérőbetegség befolyásolhatja: hypertonia, szívelégtelenség (ritmuszavarok), hypotonia és hypovolaemiás állapotok, anaemia, hypercoagulabilitás, hypoglykaemia stb.

Az érzőkövetek agyi ischaemiát okoznak, amely megnyilvánulhat: 1. Psychés kiesésekhez vezető diffúz agyi keringési elégtelenségben: a) Az akut cerebrális hypoxidosis tünetei: eszméletvesztés vagy tudatzavar, meglassult gondolkodás, emlékezés-, affektus- és

indítékzavar. b) A tartós agyi keringési zavar organikus psychés defekt-syndromában nyilvánul meg: az intelligencia leépül, a személyiség elszűkül.

2. Lokális agyi keringési zavarok: a) A carotis-insufficiencia jelei: amaurosis fugax típusos, de nem gyakori. Egyik szájzúg vagy a végtagok múló paresise, érzészavarok, aphasiák, apraxia, és agnosztikus zavarok. Mindezeket szédülés, tudatzavar, émelygés kísérheti. b) A vertebralis-insufficiencia legfőbb tünete a szédülés, sokszor émelygés, hányás kíséretében, az ataxiás járás, nystagmus, látás- és érzészavarok. Előfordulhat hirtelen tónusvesztés a lábokban és a beteg rövid időre összeesik tudatzavar nélkül. Transitorikus globális amnesiának nevezzük azt az órákig tartó állapotot, amikor a beteg rendezetten viselkedik, de erre az időre nem emlékszik vissza. Ennek oka még nincs egyértelműen tisztázva.

A vertebralis-basilaris insufficiencia egyik különleges alakja a subclavian-steal-syndroma: a bal kar igénybevételekor jelentkeznek a körjelek.

Az extracranialis érzőkövetek klinikai fokozatai:

I. stádium: tünetmentes szak. Véletlenül fedezzük fel a zörejűt a carotison vagy a vérnyomásműlönbséget a két kar között. Műtét akkor javallt, ha a stenosis kétoldali, vagy a szűkölet 50% felett van.

II. stádium az intermittáló cerebrovascularis insufficiencia. Az ischaemiás attackok reversibilisek, 24 órán belül teljes restitutióba mennek át (= transient ischaemic attack = TIA). Gyógykezelése műtét, vagy anticoagulans, vagy a legkevésbé kockázatos, thrombocytaaggregációt gátló acetylsalicylsav.

III. stádium az infarctus cerebri. Az ischaemiás insultus 24 órán túl tart, de hetek múlva még lehetséges a restitutio. Ha nincs jelentősebb psychés kiesés, hat órán belül műtét javallt. Emellett konzervatív kezelést is alkalmazunk. A basis-therapia a szívelégtelenség és a vérnyomás rendezése. A célzott kezelés a mikrocirkuláció javítását szolgálja kis molekulájú dextran adásával, valamint a perifokális oedema csökkentését osmotikusan ható anyagok (sorbit, mannit) és corticosteroid alkalmazásával. A vérzés veszélye miatt az akut szakban anticoagulans nem adunk, csak a progressiv béuláskor.

IV. stádium a postapoplexiás végállapot. A neurológiai jelek négy héten túl is megmaradnak, bár részleges remissio lehetséges. A defekt-stádiumban a műtétől már nem várhatunk eredményt.

Kollár Lajos dr.

Corticosteroidok a Sydenham chorea kezelésében. Green, L. N. (Youngstown Hospital Association, Ohio): Arch. Neurol. 1978, 35, 53—54.

Közel 3 évtizede, hogy Aronson és mtsai beszámoltak a Sydenham chorea sikeres corticosteroid terápiájáról. Később, ez a kezelésmód átmeneti elterjedtsége után háttérbe szorult, majd az utóbbi években ismét előtérbe került.

A szerzők 8 Sydenham choreás nőbeteg sikeres kezelése kapcsán mások tapasztalataival összhangban, a corticosteroidok újabb reneszánszára hívják fel a figyelmet. Mindegyik betegük viszonylag gyorsan reagált a kezelésre. A terápia hatásmechanizmusa a caudatum-putamen complex kisereinek rheumás jellegű gyulladásának csökkenésében leli magyarázatát. Általában 45—60 mg prednisonolt adtak kb. 1 héttel, majd az adagokat fokozatosan csökkentve elhagyták. Előfordult, hogy 1—2 hónapig is szükséges volt adni a gyógyszerrel a relapsusok elkerülése céljából. Mellékhatást nem észleltek.

Kovács Miklós dr.

Abnormális iris erzettség dystrophia myotonica-ban. Stern, L. Z. és mtsai (Department of Neurology and the Division of Ophthalmology, the University of Arizona College of Medicine, Tucson, Ariz.): Arch. Neurol. 1978, 35, 224—227.

A dystrophia myotonica mai tudásunk szerint multisystemás, autosomalis, domináns öröklődésű izombetegség, de érintett a cardiopulmonalis endokrin és csontrendszert is. Ugyanakkor számos esetben ovarium, vagy here atrophia, alopecia stb. jelentkezhet. Emellett gyakori szemészeti tünet a katarakta is.

Újabban, Cobb és mtsai közlése óta (1968) lassan, de szaporodnak azok a közlések, amelyek fluorescens angiographiával sajátos, abnormis iris vascularisatiót mutatnak ki.

A szerzők 9 dystrophia myotonica-ban szenvedő beteg mindegyikében ki tudták mutatni az iris microvasculatúrájának rendellenességét. A többi 26 neuromuscularis betegségben szenvedő beteg esetében, valamint a 14 kontroll betegen hasonló elváltozásokat ki lehetett mutatni nem lehetett.

Kovács Miklós dr.

Myoglobulinuria és vesezavarok status epilepticus után. Singhal, P. C. és mtsai (Departments of Nephrology and Neurosurgery, Postgraduate Institute of Medical Education and Research, Chandigarh, India): Neurology 1978, 2, 200—201.

Viszonylag ritkán fordul elő, hogy status epilepticus kapcsán vesezavarok, myoglobinuria jelent-

kezzék. A szerzők 28 éves férfi betegének status epilepticusát terápiásan nem sikerült befolyásolni, végig comatosus maradt. A kifejezett, myoglobinuria mellett a RN magas volt. Autopsia nem történt. A myoglobinuria eredetét illetően a szerzők véleménye szerint három ok játszhat szerepet: convulsiók, trauma, coma. Kovács Miklós dr.

Az infantilis neuroaxonalis dystrophia conjunctiva biopsiával történő diagnózisa. Arsénio-Nunes, M. L., Goutières, F. (U. 154 INSERM, Hôpital St. Vincent de Paul, Paris, France): Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 1978, 41, 511—515.

Az infantilis neuroaxonalis dystrophia (Seitelberger-betegség) diagnózisa az agy és a peripheriás idegek histológiai és ultrastrukturális vizsgálatán alapszik. Jellegzetes patológiai eltérések láthatók: ballonszerű axonalis elváltozások, illetve membranosus és tubularis szerkezet. Martin a biopsia methodikáját lényegesen egyszerűsítve, a conjunctivalis idegekből nyert vizsgálati anyagból erősíti meg a betegség kórisméjét. A szerzők 2 fiúgyermek esetében, akik infantilis neuroaxonalis dystrophia miatt állottak vizsgálat alatt a jellegzetes lelet alapján minden tekintetben elfogadhatóan tudták megerősíteni a diagnózist.

Kovács Miklós dr.

A progressiv izomspasmusok, az alopecia és a diarrhoea szindrómája. Satojoshi, E. (Toho University School of Medicine, Ohashi Hospital, Tokyo, Japan): Neurology, 1978, 28, 458—471.

Az elmúlt évtizedben a szerző sajátos tünetekkel járó szindrómát figyelt meg: intermittálóan jelentkező, fájdalmas izomspasmusok, alopecia, diarrhoea. Emellett multiplex jellegű csontabnormitások, szénhidrát anyagcserezavar, endokrin betegségek, növekedésben való visszamaradás szóközt előfordulni.

A szindróma a 10. életév körül kezdődik, addig a fejlődés minden tekintetben normális. A fájdalmas izomspasmusok szinte valamennyi vázizom területén jelentkeznek. A lányok lényegesen gyakrabban fordulnak elő a betegek között. Gyakran jelentkezik amenorrhoea, malabsorptiós zavar, epiphysealis destructio. A körlelelelés progressiv jellegű.

A szerző 15 fiatal beteg kórtörténetét ismerteti, akik közül 2 meghalt. Az autopsia a gyomorbél rendszerben, de elsősorban az ileumban multiplex, polypoid jellegű elváltozásokat talált. Az endokrin mirigyekben többé-kevésbé kifejezett atrophia, elsősorban az ovariumokban, valamint uterus

hypoplasia. A gerincvelőben spongiosus degeneratio. A gastrointestinalis tractusban levő elváltozások nagy valószínűséggel chronikus gyulladásos természetűek.

E sajátos szindrómát a következőktől kell elkülöníteni: McArdle-betegség, Isaac-szindróma, stiff-man szindróma, paramyoclonus multiplex (Friedreich), myotonia dystrophica (azokban az esetekben, ahol az izomatrophia kifejezett), hypoparathyreoidismus, malabsorptióhoz társuló betegségek (coeliakia). Kovács Miklós dr.

Menkes betegség: neurophysiológiai aspektusok. Friedman, E. és mtsai (Department of Clinical Neurophysiology, The Hospital for Sick Children, Great Ormond Street, London): Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 1978, 41, 505—510.

1962-ben Menkes és mtsai írták le először azt a ritka, nemhez kötött anyagcsere-betegséget, melyet a korai csecsemőkorban manifesztálódó tünetek; convulsiók, hypothermia, sajátos göndör haj („kinky hair”) és a serum réz és caeruloplasmin hiánya vagy csökkent mivolta jellemez.

A szerzők 8 fiúgyermek vizsgálatáról számolnak be, elsősorban a neurophysiológiai aspektusokra helyezve a hangsúlyt. Megállapításuk: eseteikben az EEG abnormis volt, 3—5 hónappal a klinikai tünetek megjelenését követően. Az EEG abnormitás bizonyos mértékig hasonlított a hysarrhythmiához. Az elektroretinogram nem volt káros valamennyi esetben, de a kiváltott potenciálok 6 esetben csökkent amplitúdójúak voltak, vagy hiányoztak. Réz adására nem észleltek változást sem a körlelelésben, sem az EEG-ben.

Kovács Miklós dr.

A ketosissal nem járó és ketosissal hyperglycinaemiák neuropathológiája. Shuman, R. H. és mtsai (Laboratory of Neuropathology and the Departments of Pathology and Pediatrics, University of Washington School of Medicine, Seattle): Neurology, 1978, 28, 139—146.

A különböző aminoacidopathiák neuropathológiája lényegében közös: a központi idegrendszerben, elsősorban az agyban a fehérállomány dysmyelinisatiója, spongiosus degeneratiója.

A szerzők 3 csecsemő korú betege (2 fiú, 1 leány) súlyos, generalizált eszméletvesztéssel járó görcsrohamokban, retardált szellemi fejlődésben és fluktuáló tudatzavarban szenvedett. Eseteikben hyperglycinaemia volt kimutatható.

A különböző okokból meghalt csecsemők lényegében hasonló központi idegrendszeri elváltozások-

kat mutattak: dysmyelinisatio, spongiosus degeneratio.

Az abnormális myelinisatio az inadaequat myelin-protein-synthesi követelménye.

Kovács Miklós dr.

A cervicalis gerincvelő compressiója az atlas soliter osteochondromája következtében. Julien, J. és mtsai (Hôpital du Haut-Lévêque, Bordeaux Pessac, France): Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 1978, 41, 479–481.

A gerincvelő compressio okaként jelentkező soliter exostosis ritkán szerepel. Eddig az irodalomban mindössze 4 esetet ismertettek. A szerzők 28 éves nőbetege az 5. közötti esetben. A beteg kb. 4½ év alatt lassan, fokozatosan Brown–Séquard-syndroma fejlődött ki. A röntgen tomogramm az atlas hátsó ívének osteochondromájára utalt, melyet a cervicalis laminectomia során eltávolított műtési anyagból a szövettani vizsgálat teljes mértékben megerősített.

Az eset ritka kóroka miatt tartathat érdeklődésre számot.

Kovács Miklós dr.

A liquor fokozott procoagulans aktivitása mint a központi idegrendszeri károsodás jele. Graeber, J. E., Stuart, M. J. (Dept. of Pediatrics, State University of New York): Lancet, 1978, II, 285–288.

Az agy magas thromboplastin tartalma jól ismert. Feltételezhető, hogy sérülése alkalmával a liquorba is kerül procoagulans aktivitású anyag, ami e sérülések érzékeny indikátora lehet. A szerzők egészséges gyermekek, koraszülöttek, meningitisben és leukaemiában szenvedők liquorát vizsgálták olyképpen, hogy a recalcificációs idő mérése során a rendszerhez liquort is adtak. A beteganyag és a vizsgálati módszer részletes ismertetése után tapasztalataikat az alábbiakban összegezik: A központi idegrendszer laesiójával járó állapotokban a liquor szignifikánsan megrövidíti a recalcificációs időt. A liquor vvt és fvs. tartalma e tekintetben semmiféle jelentőséggel nem bír. A biokémiai analysis adatai szerint a procoagulans aktivitású anyag lipid természetű, hatása a liquor fehérje tartalmával nincs összefüggésben. Ugyancsak nem befolyásolják a procoagulans aktivitást olyan tényezők, amelyek a vér-liquor gát átjárhatóságát eredményezik: jelentkezéséhez az agysejtek károsodására van szükség. A liquor procoagulans aktivitásának vizsgálatával az agysejtek károsodására vonatkozóan pozitív választ lehet kapni, ezért e vizsgálat a klinikai gyakorlatban alkalmazhatónak ígérkezik.

Berkessy Sándor dr.

Klinikai farmakológia

Vasodilatator kezelés: fiziológiás próbálkozások a szívelégtelenség kezelésében. Szerkesztőségi közlemény. New England Journal of Medicine 1977, 297, 331–333.

Kísérletes vizsgálatok szerint a myocardium-rost rövidülését 3 tényező határozza meg: a praeload, a myocardium inotropiás állapota és az afterload. E 3 tényező szoros kölcsönhatásban áll egymással.

Nagyvérköri decompensációban az afterload növekedését az arteriális pályákban bekövetkező neurális, humoralis és structuralis változások eredményezik, melyek a percvolumen csökkenésére adott válaszként alakulnak ki. A decompensatio sok formájában jellegzetes bal kamra tágulat közreműködik az afterload növekedésében, ez tovább csökkenti a percvolumen a myocardialis oxigénigény növekedése mellett. Ennek értelmében károsodott bal kamrai contractilitas mellett az afterload a percvolumen különlegesen fontos meghatározójává válik.

A szív működést igen mélyrehatóan lehet befolyásolni az afterload módosításával. Kísérletes és emberi mitralis elégtelenségben a regurgitatio mértéke egyenesen, az előre áramlás mértéke (systole volumen) fordítottan arányos az afterloaddal.

Az első klinikai próbálkozás az afterload csökkentésére az arteriális ellenpulsatiós módszer bevezetése volt. Igen jelentős lépést jelentett e téren az alfa blokkoló phentolamin alkalmazása (normotoniás betegekben myocardialis infarctus után persistáló bal kamrai dysfunktóban). Az infarctusos beteganyagban szerzett kedvező tapasztalatok után a szert sikerrel alkalmazták egyéb okból kialakult heveny és idült bal kamra működési zavarokban is. A kedvező klinikai és haemodinamikai hatás a kezelés fenntartásával állandósítható.

A közleményben részletesen elemzi a szerző a napjainkban rendelkezésre álló vasodilatator készítményeket, azok alkalmazási módját, hatásidőtartamát.

Az acut szívelégtelenség kezelésében az ideális vasodilatatornak gyors hatásúnak kell lennie. Az infúzióban történő kezelés alapfeltevése a rövid hatásidőtartam. Az idült pangásos szívelégtelenség kezelésére alkalmas szert szájon át kell bevinni és a készítménynek több órán át kell hatnia. Erre a célra legjobban a prazosin felel meg. Az arteriákat és vénákat egyaránt tágítja, ezzel a kamra méretét is csökkenti a periferiális vascularis ellenállás csökkentése mellett. A vasodilatator szer vagy szerkombináció megválasztásában a beteg pathophysiologiai állapota a mértékadó. Ha a primer zavar a percvolumen csökkenése vagy a mitralis regurgitatio, arteriális vasodilatort kell választanunk; ha a pul-

monalis pangás áll előtérben, venodilatator alkalmazására van szükség. Ha a percvolumen növelése és a pulmonális nyomás csökkentése egyaránt kívánatos, mindkét oldalon ható szert kell adni (ilyen a prazosin).

A vasodilatator kezelés a súlyos szívelégtelenség leküzdésében jól alkalmazható, természetesen nem önmagában, hanem az eddig is alkalmazott gyógyszerekkel kombinálva. Alkalmazásuk potenciális veszélye a hypotonia. Nehéz helyzetekben (pl. bal kamra elégtelenség szövődése cardiogen hypotoniával) mérlegelendő a vasodilatator kombinálása hatásos inotropiás szerrel (pl. dopamin).

Pálóssy Béla dr.

A szívelégtelenség vasodilatator kezelése. Szerkesztőségi közlemény. Lancet, 1978, I, 972.

A szívelégtelenség kezelése korábban a szív kontrakciójának erejét és sebességét növelő inotrop szerekre (digitális, isoprenalin, dopamin) és diuretikumokra épült.

Enyhe és közepesúlyos esetben hatásuk a célnak megfelelő. Súlyos szívelégtelenségben a kimerült szív teljesítményét az inotrop szerek fokozni nem tudják, adagjuk növelése ritmuszavart okoz, fokozza az oxigén szükségletet. A szív ilyenkor csak a vénás nyomás, vagy az arteriális ellenállás csökkentésével tehermentesíthető. Ez a felismerés vezetett a vasodilatator kezelés bevezetéséhez.

A phentolamin és egyéb alfa receptor blokkolók, a hydralazin az arteriális vascularis rezisztenciáját csökkentik, tehermentesítik a bal szívfelet. Hátrányuk, hogy hypotoniát és reflex tachycardiát okoznak.

A nitrát csoport tagjai a vénákat tágítják, csökkentik a töltőnyomást, a kamrafal diastolés feszülését, a tüdőpangást. Ha a vénás beáramlás gyorsan csökken, syncopet okozhat. A tartós hatású vénás készítmények hiánya akadályozza eredményes felhasználásukat.

Az arteriális és vénás oldalon egyaránt ható készítmények közül legjelentősebb a nitroprussid natrium. Adagolása infúzióban történik. Kezdő adagja 15–20 µg/perc, mely a kívánt hatás eléréséig fokozatosan 400 µg/percre emelhető. Hatékonyasága az adag nagyságával arányos. Fokozza a szív teljesítményét, csökkenti a szív nagyságát és az oxigén felhasználását, mialatt a szívfrekvencia és vérnyomás lényegesen nem változik. Hypotoniás betegen shockot, syncopet okozhat. Toxikus mellékhatást csak nagy adagok tartós adagolásakor észleltek.

A vasodilatator kezelést megapozitívnak tartják acut és súlyos szívelégtelenség intenzív ellátásában monoterápia formájában, vagy pozitív inotrop szerekkel kombinációban.

Hermányi István dr.

Nifedipin hatástartama és hatása a pulmonalis arteriás nyomásra dekompensált coronaria-betegekben. Beck, O. A., Hochrein, H. (Rudolf-Virchow-Krankenhaus Berlin): Medizinische Klinik 1978, 73, 457—462.

A nifedipin Ca^{++} antagonist, többféleképp javítja a myocardium oxigénellátását angina pectorisban. Csökkenti a működő myocardium megterhelését a kontraktilitás, a coronaria-átáramlás, az arteriás áramlási ellenállás mérséklése révén, mindezek által csökken a bal kamra haemodinamikai megterhelése. Pontosan nem ismeretes, hogy az antianginás hatásban mekkora szerepet játszik a vénás visszaáramlás megkevesbedése által kisebb bal kamrai töltőnyomás. A szerzők arra kerestek magyarázatot, bizonyítható-e nifedipin orális alkalmazása után a bal kamrai terhelés csökkenése, és mennyi ideig tart a hatás coronaria-betegségeken.

A vizsgált 14 beteg közül 8-nak nyugalomban is bal szívfél elég telensége volt, a többin ez csak terheléskor mutatkozott meg. Nyugalomban és kerékpár-ergometeres terhelés közben végezték a méréseket. A betegek 30 mg nifedipint (3 caps. Adalat) vettek be a vizsgálat előtt.

A systolés pulmonalis arteriás nyomás a szer bevétele után már 1 órával kisebb lett, a legalacsonyabb értéket 2 óra múlva mérték, de még 4 óra múlva is szignifikánsan alacsonyabb szinten maradt. Hasonlóan jelentősen csökkent a végdiastolés pulmonalis arteriás nyomás; a pulmonalis arteriás középnyomás is 2 óra múlva volt a legkisebb. A pulmonalis kapillaris nyomás is mérséklődött, minimumát 2 órával a gyógyszer bevétele után érte el, a 4. órára már kissé emelkedett, de még így is az 1 órás érték alatt maradt. Mind a systolés, mind a diastolés vérnyomás 4 óra múlva is szignifikánsan alacsonyabb volt, a jobb pitvari középnyomás is kevesebb lett; a szív-frekvencia nem változott.

Az ergometriás terhelés során az art. pulmonalisban és a tüdőkapillarisokban a nyomás nifedipin után kevésbé emelkedett, mint egyébként.

A nifedipin antianginás, ischaemiát mérséklő hatását számos vizsgálat támasztja alá. Úgy cardialis, mint perifériás hatása erős Ca^{++} antagonizmusának köszönhető: gátolja a myofibrillumok membránján keresztül történő Ca -beáramlást, ezáltal a myofibrillumok ATP-ja kevesebb energiát bocsát az izommunka rendelkezésére, csökken az oxigénszükséglet, nő a hypoxia-tolerancia. A nifedipin csökkenti továbbá a még tágulni képes coronariák és perifériás erek simaizmainak tónusát. Így kisebb a perifériás ellenállás, nő a perifériás átáramlás, csökken az arteriás systolés, diastolés és középnyomás, a bal kamrai systolés nyomás. A

pulmonalis arteriás és kapillaris nyomás csökkenése a bal kamrai töltőnyomás csökkenésével jár, ezáltal kisebb a jobb szívfélbe való beáramlás, a vénás visszafolyás. Cardiodepressív hatása elhanyagolható, a szer még előrehaladott bal kamrai elégtelenségben sem járul hozzá a pulmonalis pangás fokozódásához.

Berlin Iván dr.

Az oxyfedrin hatása az akut szívinfartusos betegek haemodinamikájára. Retting, G. és mtsai. (Medizinische Universitätsklinik Poliklinik Homburg (Saar, Innere Medizin III.): Deutsche Medizinische Wochenschrift 1978, 103, 556—560.

A szerzők a részleges béta-receptor agonista aminoketon, az oxyfedrin (O.) hatását vizsgálták infartusos betegekben. Előzetes adatok szerint a szer növeli a verő- és a perctérfogatot, csökkenti a centrilis vénás és a bal kamrai végdiastolés nyomást, csökkenti a perifériás ellenállást, megrövidíti a kamra feszülési idejét. A frekvenciát, az arteriás középnyomást csak lényegtelen mértékben változtatja, nem fokozza a szívizom oxigénigényét, nem okoz fokozott intracelluláris Ca -beáramlást. Hatásait a propranolol felfüggeszti. A coronaria rendszer ellenállását csökkenti, ezáltal növeli az ischaemiás szívizom vérellátását, tovább javítja a bal kamra funkciót.

16 friss infartusos beteg haemodinamikai adatait értékelték. 8 mg O. iv., majd 0,3 mg/kg/óra O. infusio alatt: a kezdeti adag után 5, 30, 60 és 120 perccel végezték a méréseket.

Az első adag után 5 perccel a systolés arteriás nyomás $+3,1\%$ -kal a percvolumen $+6,5\%$ -kal, a nyomás-ido index $+6,3\%$ -kal növekedett, a továbbiakban már nem volt szignifikáns változás. A frekvencia, az arteriás diastolés és középnyomás, a perifériás ellenállás és a szív teljesítménye nem változott statisztikailag értékelhető módon.

A systolés, diastolés és középnyomás a pulmonalis rendszerben az infusio alatt tartósan csökkent: 60—120 perc után $-7,4$; -24 ; -15% -kal. A pulmonalis capillaris nyomás is -25% -kal csökkent, a kisvérköri ellenállás $13,6\%$ -kal csökkent.

A szívizom feszülési ideje -15% -kal, a nyomásemelkedési idő -32% -kal rövidült meg, a kiáramlási idő nem változott, a kiáramlási idő és a feszülési idő hányadosa 19% -kal növekedett.

A kezelés célja a friss infartusban az, hogy helyreállítsuk a kórosan megváltozott haemodinamikai viszonyokat: fokozzuk a verőtérfogatot és csökkentjük a bal kamrai töltőnyomást anélkül, hogy növelnénk a szívizom oxigénigényét és ezzel az infartus nagyságát. A szerzők a végdiastolés pulmonalis nyomást használták a bal

kamrai töltőnyomás mérésére. Bár ezen két érték nem identikus egymással, változásuk párhuzamos, és ezért értékelhető. Mivel a frekvencia gyakorlatilag állandó volt, az egyes szívfüzások idejének változásait nem korrigálták.

A szerrel kapcsolatos újabb vizsgálatok azt bizonyítják, hogy a vénás kapacitás-arteriolákat a béta-receptorokon keresztül szűkíti, s ez a hatás propranolollal felfüggeszthető. Ezzel a korábbi venodilatációs, nitroglycerinszerű, vénás tárolást fokozó hatásmechanizmus elvethető.

A pozitív inotrop hatás miatt a myocardialis oxigénigény fokozódását váránk. Ezt azonban kiegyenlíti a bal kamrai töltőnyomás és a kamrafal feszülésének csökkenése. Ezzel megegyezik a szerzők azon észlése, hogy az O. infusio alatt változatlan marad a nyomás-ido-index, mely indirekt mérteke a myocardialis oxigénfelhasználásnak, annak ellenére, hogy a szív teljesítménye fokozódik. Mivel a coronaria ellenállás myocardialis komponense csökken, fokozódik a subendocardialis myocardium átáramlása. Ez is jobb oxigénegyensúlyt eredményez. Ezt állatkísérletek is igazolták.

A bal kamra geometriájára és a falfeszülésre kifejtett kedvező hatás főleg a kamrafunkció jelentősebb csökkenése, erősen emelkedett töltőnyomás esetén várható.

Az irodalomban ellentmondóak az eredmények azzal kapcsolatban, hogy az O. digitalizált szíven kifejti-e további inotrop hatást? A szerzők betegek többségükben digitalizáltak voltak, ezek és a nem digitalizált betegek között sem kvantitatív, sem kvalitatív különbséget nem tapasztaltak az O. hatását illetően. Nem észlelték ritmushavazok gyakoribbá válását sem.

Kálló Kamill dr.

Az acetylator phenotypus összefüggése a procainamid okozta anti-nuclearis antitest és lupus syndroma megjelenésének arányával.

Woosley, R. és mtsai (Div. of Clinical Pharmacology, Vanderbilt University Medical School, Nashville TN 37232): New Engl. J. Med. 1978, 298, 1157—1159.

Néhány gyógyszer nemkívánatos mellékhatásként lupus erythematosus vagy ahhoz hasonló tünetegyüttest okozhat. A legismertebb szerek: a procainamid, a hydralazin (Apresolin), az isoniazid (Isonicid). Mindegyikük tartalmaz amin vagy hidrazin alkotórészt, melyet a máj N-acetyltransferase rendszere acetylál. E metabolizmus aktivitása genetikus kontroll alatt van, az öröklődő tulajdonságok alapján emberben kétféle phenotypus található: „lassú acetylator” phenotypusba lappangó allelomorf tulajdonságokkal rendelkező homozigóta személyek sorolhatók, a „gyors acetylator”-ok pedig heterozygoták vagy domináns allelomorf tulaj-

donságokkal rendelkező homozygoták.

Az acetylator phenotypus meghatározza a procainamid vagy hydralazin indukálta lupus syndromának vagy antinukleáris antitesteknek megjelenési idejét. E gyógyszerek által okozott antinukleáris antitestek vagy a lupus syndroma mindkét phenotypusnál megtalálható, a klinikai gyakorlatban azonban mindig a lassú acetylatoroknál észlelhető.

E tétel bizonyítására a szerzők kamrai ritmuszavar miatt procainamiddra szoruló betegek közül előzetes felvilágosítás és gondos válogatás után 20 személyt tanulmányoztak.

Az acetylator phenotypust az N-acetylprocainamid/procainamid hányados kiszámításával határozták meg a plazmából, vékonyréteg chromatográfiával. Konstans, napi háromszori gyógyszeradagolás közben, egy-egy dózis után három órával vizsgálták a vért. Ha a hányados 0,85-nél kisebb volt, „lassú acetylator” phenotypust állapítottak meg, a „gyors acetylator” hányadosa 1,0 vagy ennél nagyobb. A megvizsgáltak közül 11 személy tartozott a lassú és 9 a gyors típusba.

Antinukleáris antitest kifejlődési idejének 50%-a a lassú acetylator csoportban 2,9 hónap, a gyors típusnál 7,3 hónap volt ($P < 0,02$). Három hónapi gyógyszeresedés után a lassú csoport 64%-ában kimutatható volt antinukleáris antitest, a gyors csoportban egy esetben sem ($P < 0,01$). Öt és fél hónap után minden lassú acetylatornál megjelent antinukleáris antitest, a gyors acetylatoroknál csak 36%-ban ($P < 0,01$). Az antinukleáris antitestek megjelenéséig adott procainamid közepes adagja a lassú típusban 1,5 g/kg, a gyors típusban 6,1 g/kg volt ($P < 0,02$). Lupus syndroma megjelenéséig az alkalmazott kezelés időtartama a lassú típusnál $12,5 \pm 5$ hónap, a gyors típusnál 48 ± 22 hónap ($P < 0,002$). Ez utóbbi eredményt egyéb irodalmi adatok figyelembevételével számították ki.

Eredményeik azt bizonyítják, hogy az antinukleáris antitestek, illetve a lupus syndroma, mint nemkívánatos gyógyszer mellékhatás, sokkal kisebb kumulatív adagú procainamid hatásaként és sokkal gyorsabban kifejlődik a gyógyszerrel lassan elbontó, lassan acetyláló phenotypusú egyénen, mint azokon, akiknek mája a gyógyszert gyorsan acetylálja. E különbség más szerzők szerint, hydralazinnál még kifejezettebb.

Vigyázó György dr.

Lidocain-szint kiszámítása indocyanin-zöld clearance-szel. Zito R. A., Reid P. R. (Div. of Cardiology and Clinical Pharmacology, Johns Hopkins University Hospital, Baltimore, MD 21205): New Engl. J. Med. 1978, 298, 1160–1163.

A lidocain a kamrai aritmiák prevenciójában és kezelésében leg-

gyakrabban alkalmazott intravénás szer. Toxikus mellékhatásának paraesthesia, elkenet beszéd, somnolentia, pschosis, néha pedig apnoe, convulsio lehet a megjelenési formája. Mind toxikus mellékhatása, mind antiaritmiás hatása a plazmában belüli koncentrációjával korrelál.

Mivel a lidocain a májban egy-szeri átáramlás során csaknem teljesen kiválasztódik, a kiválasztási frakció (clearance) nagyságát lényegében a májátáramlás határozza meg. A szerzők korábbi tanulmányukban bizonyították, hogy a testsúlyhoz viszonyított lidocain-bevitel a különböző mértékben dekompenzálódott szívbetegségeken a plazma lidocain szintjének szélsőséges variációit eredményezte. Toxikus és szubterápiás szint egyaránt mutatkozott.

Egy beteg lidocaincsúszéglete meghatározható a perctérfogat mérése vagy a lidocain clearance számítása útján. Előbbi invazív vizsgálati technikát, utóbbi hosszadalmas laboratóriumi eljárást igényel.

Az indocyanin-zöld (ICG) nem toxikus festékanyag, mely a lidocainhoz hasonlóan beadás után csaknem kizárólag a vérplazmában oszlik el és a májban túlnyomó részében eliminálódik, egy-szeri átfolyás után. Felezési ideje és analízise gyors, meghatározása 45 percen belül lehetséges, csak vénás vérvételt igényel. Következésképp az ICG clearance alkalmas a májátáramlás mérésére.

Aritmia megelőzése céljából lidocain kezelésben részesülőket vizsgáltak, intenzív ápolási egységben. 26 betegük közül 13-nál a keringési elégtelenség klinikai I–IV. fokozatát találták, míg a másik 13 keringése egyensúlyban volt. A gyógyszer adagját a klinikus orvoscsoporthatározta meg.

A konstans lidocain-infúziós közepes adagja a pangásos szívbeteg csoportban szignifikánsan kisebb volt ($6,8 \pm 3,6 \mu\text{g/kg/perc}$), mint a kompenzáltaknál ($30,2 \pm 5,7 \mu\text{g/kg/perc}$, $P < 0,005$). Ugyanakkor a plazma lidocain szintje a keringési elégtelenség jelenléte mellett szignifikánsan magasabbra emelkedett ($6,8 \pm 3,6 \mu\text{g/ml}$), mint a kompenzált csoport hasonló értéke ($2,9 \pm 0,9 \mu\text{g/ml}$, $P < 0,005$). A másodfokú egyenlettel számított lidocain clearance szignifikánsan alacsonyabb volt a keringési elégtelenségre kategóriában ($3,8 \pm 1,4 \text{ ml/perc/kg}$, szemben a másik csoport $10,9 \pm 3,1 \text{ ml/perc/kg}$ értékével, $P < 0,005$).

Az ICG clearance ugyanúgy viselkedett, mint a lidocain clearance: szignifikánsan alacsonyabb volt manifest keringési elégtelenség ténye mellett ($3,3 \pm 1,7 \text{ ml/perc/kg}$), mint anélkül ($9,7 \pm 2,4 \text{ ml/perc/kg}$, $P < 0,001$). A lidocain és ICG clearance viszonya nem különbözött szignifikánsan egyik csoporton belül sem ($P < 0,1$).

Az ICG clearance eredményéből kiszámítható egyenlettel közelíthet a kívánt lidocain plazmaszint eléréséhez.

Hangsúlyozzák a folyamatos meghatározás szükségességét, mivel a keringési állapot változásával a máj átáramlása is változik. A gyógyszer adagját ennek értelmében mindenkor individuálisan kell megállapítani.

Végül feltételezik, hogy módszerük alkalmas más gyógyszerek (pl. propranolol, nitroglycerin) individuális adagjának meghatározására is, mivel e szerek hasonlóan a plazmában eloszolva fejtik ki terápiás hatásukat, és a májon átáramolva kiválasztódnak.

Vigyázó György dr.

Antiaritmiás gyógyszeres terápia. Goldman, P., Ingelfinger, J. A. (Szerkesztőségi közlemény. (Beth Israel Hospital, Boston, MA 02215): New Engl. J. Med. 1978, 298, 1193–1194.

Helyes gondolkodásmódot tükröz, ha az orvos bármely szer előírása előtt felteszi a kérdést: mennyit, mely gyógyszerből, melyik betegnek?

Klinikai tanulmányok bizonyították a procainamid preventív antiaritmiás hatását myocardialis infarctusban. Coronaria-örzök tapasztalata szerint a kamrai aritmiák és kamrafiibrilláció jelentkezésének gyakorisága procainamid hatására valóban csökkent, de a mortalitás nem. — Vannak már adatok, melyek arra utalnak, hogy a disopyramid antiaritmiás hatás mellett a mortalitást is csökkenti, ez a megállapítás azonban még klinikai alkalmazásban megerősítésre szorul. (disopyramid = Ritmodal (Russel = di-isopropanil-amino 4-phenyl 2/pridyl 2/2 butyramid. — Magyarországon még nem ismert.)

A folyóiratnak ebben a számában az individuálisan alkalmazott antiaritmiás terápia szükségességére két munka utal. (1. előbb).

A preventív lidocaint elfogadottan fix adagban alkalmazzák a klinikai gyakorlatban. Zito és Reed munkája bebizonyította, hogy a keringési elégtelenség mennyire befolyásolja a plazma lidocain szintjét, így a szer hatásfokát is. Koncentrációjának meghatározása azonban nehézkes, a hasonló farmakokinetikai tulajdonságokkal rendelkező indocyanin-zöld clearance azonban könnyen és gyorsan mérhető. E helyettesítő méréssel meghatározható a kívánt individuális lidocain infúziós arány, melynek ismeretében a szubterápiás és a toxikus mennyiség alkalmazása elkerülhető.

Veszélyeket rejt a tartós antiaritmiás gyógyszerelés is. A leghatásosabb béta adrenerg receptor antagonist, a practolol kedvező antiaritmiás hatása mellett nemkívánatos mellékhatásairól is jól ismert. Ezért — noha igazolták, hogy friss infarctus esetében egy órán belül mutatkozó komplex kamrai extraütések a hirtelen halál veszélyét négyszeresére növe-

lik — meggondolandó, hogy az orvos a practolol alkalmazása mellett döntson avagy más béta receptor blokkolót alkalmazzon.

A procainamid tartós alkalmazása mellett lupus syndroma kialakulása fordul elő. Woosley és mtsai bebizonyították a genetikus tulajdonságok által szabályozott acetilálás gyorsaságának jelentőségét a procainamid elbontásában. Egyben megjelölték ezen típusok kiválasztásának lehetőségét is. E módszer szélesebb körű klinikai alkalmazását meg kell várni ahhoz, hogy az orvos eldönthesse, vajon a paciens acetilator phenotypusa vezérfonal lehet-e az antiaritmiás szerek kiválasztásában.

Mindezen ismertetett tények és módszerek nyomatékosan hangsúlyozzák az individuális gyógyszerelés szükségességét, egyben lehetőséget adnak annak megítélésére, melyik beteg, mely gyógyszer veszélye vagy kedvező hatása kerülhet előtérbe.

Vigyázó György dr.

A béta₂-adrenoreceptor stimuláns hörgőtágító és mellékhatása különböző módon való alkalmazás után (tabletta, aerosol vagy a kettő kombinációja). Larsson, S. és mtsai (Department of Clinical Pharmacology and Lung Clinic, University of Göteborg, Göteborg, Sweden): American Review of Respiratory Disease, 1977, 116. 861—869.

Európában mindenütt alkalmazzák a béta₂-adrenoreceptor stimulánsokat az asthma tartós gyógykezelésére. Az adagolás módja különböző. A szerzők háromféle módon: külön szájon át, ill. aerosolban, vagy kombináltan: előbb a szájon át, majd aerosolban, végül előbb aerosolban, majd a szájon át adták a salbutamol az asthmás betegeknek. Közben légzésfunkciós próbát csináltak, mérték a beteg vérnyomását, érlökesszámát és a gyógyszer izomremegést okozó hatását. 0,6 mg salbutamol aerosol jobban emelte a Tiffeneau-értéket, mint a szájon át adott gyógyszer, kevesebb is volt a mellékhatása. A szájon át adott 6 mg salbutamol viszont jobban emelte a fokozott vital kapacitás értéket, valószínű-

leg azért, mert a gyógyszer a véráram útján könnyebben hatolt be a kis légutakba. Kombinált alkalmazás esetén synergista hatást észleltek. A vérnyomás, pulusszám lényegesen sem változott. Izomremegés a gyógyszer egy bizonyos adagja esetén mindkét alkalmazási mód esetén előfordult, ezért a gyógyszer megfelelő adagját mindig egyénileg kell megállapítani. Vannak asthmás betegek, akik inkább a szájon át, mások viszont aerosol formában alkalmazzák szívesebben a hörgőtágító gyógyszert.

Pongor Ferenc dr.

Béta-válaszok csökkent érzékenysége elhúzódó hatású béta-2 készítmény terápia alatt. Jenne, J. W. és mtsai (New Mexico School of Med. 2100 Ridgecrest, Albuquerque, N. Mex. 87108): J. Allergy Clin. Immunol. 1977, 59. 383—390.

Elhúzódó hatású béta-2 stimulálók állandó bronchusdilatációt okoznak kontinuális használat alatt. A terbutalin tolerancia fokozó hatását két szempontból vizsgálták: 1. a tolerancia jelenség befolyása egyéb asthma terápiára; 2. a béta-adrenergias funkció vizsgálata krónikus bronchitisben és asthmában. Ugyanazt a béta stimulánszt használták egyszeri és kontinuális vizsgálatra. Per os adtak terbutalint 19 asthmásnak 3 héten át napi 3×5 mg-os adagban. Közvetlenül a készítmény tesztelése előtt egyéb antiasthmaticumokat és hörgőtágítókat kihagytak, légzésfunkciót, pulzust, vérnyomást, anyagcserefunkciót óránként ellenőriztek. Egyes paraméterek lényegtelen változását észlelték a folyamatos kezelés hatására (vérnyomás, lactat emelkedése, cAMP, vércukor, eosinophile való hatás). Arra a megállapításra jutottak, hogyha az előírásnak megfelelő mennyiségben alkalmazzák a béta stimulánsokat, az esetleges tolerancia olyan csekély mértékű, hogy a terápiás effektust nem rontja le. Feltételezték, hogy állandó használatkor és hirtelen elvonáskor csökken az endogen catecholaminokkal szembeni érzékenység. Feltétlenül szükségesnek tartják az esetleges tolerancia el-

lenőrzését folyamatos kezelés alatt.

(Ref.: a régebbi sympathicomimetikus készítmények aerosol formában való alkalmazásának veszélyére többen felhívták a figyelmet. A béta-stimulánsok mellékhatásai nem olyan kifejezetten, de a leírt tolerancia jelenség kialakulása arra figyelmeztet, hogy a szippantások számának korlátozására változatlanul fel kell hívni a betegek figyelmét.) Hajós Mária dr.

A miconazol jelentősége a systemás gombafertőzésekben. Stevens, D. A. (Department of Medicine, Division of Infectious Diseases, Santa Clara Valley Medical Center and Stanford University, Stanford, Ca. 94305): American Review of Respiratory Disease, 1977, 116. 801—806.

Eddig két gombaellenes szert használtak: az amphotericin B-t, ami gyakran toxikus, az 5-fluorocytosin pedig kevésbé hatásos. Újabban Janssen a miconazol állította elő Belgiumban, ami széles spektrumú és a legtöbb gombára in vitro 1 µg/ml töménységben is gátló hatású. A szerző 66 coccidioidomycosisos betegnek transfusióban naponta háromszor 1,200 mg adagban 217 napon át össz mennyiségben 320 g miconazolt adott. Javult az idült tüdőfolyamata a betegek 67%-ának, a bőr és a légyszövet folyamat 50%-ban, a törzsizomzat folyamat 41%-ban és az agyhártyagyulladás 35%-ban. Ismét kiújult a folyamata a betegek 36, 55, 43 és 63%-ának. A visszaesés után a betegek ismét jól reagáltak az átlag 35,5 napig tartó újabb kezelésre. 600—1,000 µg miconazol intravénás adása után a gyógyszer szintje a vérsavóban átlag 7,5 µg volt, ami azonban rohamosan csökkent. A gyógyszer behatol a gyulladt ízületbe, az üvegtestbe és a hashártyaüregbe is. Kellemetlen mellékhatása a hyponatraemia és a véna-gyulladás. A betegek 42%-án hányingert, 25%-án pruritust észleltek. A miconazol vese- vagy májkárosodást nem okozott. Külsőleg sebek, húgyhólyag és mellüreg öblögetésre is alkalmazható. Pongor Ferenc dr.



KÖNYVISMERTETÉS

Schultheisz Emil—Tardy Lajos:
Glavi iz istorii russzko—vengersz-
kih medicinszkijh szvjazej. Moszk-
va, Medicina, 1976.

A Moszkvai Medicina Kiadó gondozásában 1976-ban jelent meg Schultheisz Emil és Tardy Lajos könyve az orosz—magyar kapcsolatok múltjáról. A magyar olvasók már több mint másfél évtizede tanulmányozhatták, a témával foglalkozó szakemberek haszonnal forgathatták ezt az úttörő feldolgozást. (Fejezetek az orosz—magyar orvosi kapcsolatok múltjából. Bp. Medicina, 1960.) Természetesen a külföldi kiadás, ill. az eltelt időszak szükségessé tette a Silinisz szovjet orvostörténész által írt előszót, illetve Schultheisz Emil bevezető tanulmányát, amely áthidalta a magyar és orosz nyelvű kiadás között eltelt időszakot. A nagyobb arányú átdolgozást, módosítást mellőzni lehetett, ami bizonyítja e munka értékeinek maradandóságát, s egyszersmind komoly nemzetközi elismerését. Lényeges szerepe a kiadásnak, hogy elhárította a nyelvi akadályokat azon szovjet orvostörténészek elől, akik szintén az orvos-, ill. tudománytörténeti kapcsolatokkal foglalkoznak. További impulzót adhat a szovjet orvostörténészeknek a dokumentumok széles körű feltárásához és az orosz—magyar orvostörténeti kapcsolatok teljes feldolgozásához.

Hazánk történetéhez szervesen hozzátartozik a tudományos életünk fejlődése, alakulása, tudósaink szerepe az ország fejlődésében. Ezt a fejlődést nagymértékben meghatározta az ország tudományos életének aktív vagy passzív kapcsolata a nemzetközi tudományos élettel. Orvostudományunk történetének is fontos alappillére a különböző külföldi orvosi iskolákkal, centrumokkal való kapcsolatainak feltárása. Az ilyen jellegű kutatás az egyetemes orvostörténelem részére is, és az egymással kapcsolatban álló nemzetek történetére vonatkozóan is igen jelentős. A magyarországi orvostudomány, ill. egészségügy fejlődése a 19. sz. közepéig nagymértékben az osztrák (bécsi) s más nyugat-európai orvosi centrumok, egyetemek hatása alatt fejlődött. Ennek oka elsősorban a magyarországi orvosi egyetem késői felállítása (18. sz. közepe) volt, s egy teljes évszázadra volt szükség, amíg színvonalát az európai egyetemekével egy magasságba emelte. Orvostörténészeink e nyugat-európai kapcsolatainkat többnyire fel is dolgozták, részben az ottani egyetemeken végzett magyar orvo-

sok felkutatásával, másrészt a Magyarországon tevékenykedő külföldi orvosok munkásságának feltárásával. E kutatások teszik érthetővé és világossá azt a tényt, hogy a magyarországi orvostudomány elméleti szinten azonos színvonalon állt az európai országokéval, még ha a gyakorlatban ezt nem is sikerült elérni.

Már a középkori török háborúk idején sok hazánkba vetődött katonarvos telepedett le hosszabb-rövidebb időre, s vállalt polgári orvosi állást. (Coberus Tobias Sopronban, Jordás Tamás Kolozsvárott, Mulartz János Győrben, stb.). Később a beinduló nagyszombati, majd pesti orvosi karon sok külföldi orvos szerzett tekintélyes nevet magának a tudomány fejlesztése terén, valamint a magyar medikusok oktatásában (Plenck Jakab, Winterl, Trnka, ill. később Czermák, stb.).

Orvostudományunk azonban nemcsak befogadta a külső tudósokat, és hasznosította általuk a legfrissebb Európa-szerte alkalmazott módszereket, eljárásokat, hanem kapcsolatban állt a tőlünk keletre fekvő, s a fejlettebb nyugati tudományoktól még távolabbra levő országokkal is. Ezek felé az országok felé a magyar orvostudomány képviselői transzportálták az aktuális, a kor fejlettségének megfelelő tudományos vívmányokat. E továbbítás természetesen nemcsak személyek kapcsolata révén jött létre, hanem az egyre nagyobb számú folyóiratok publikációi, könyvkiadások, s a 19. sz. második felétől kezdve nemzetközi tudományos kongresszusok rendezése során is.

Az orosz és magyar tudományos és kulturális élet a kora középkortól kapcsolatban állt egymással, mint erre más kutatók is — pl.: Váradi Sternberg, Szilvai — rámutattak. Mégis a legélénkebb kapcsolat a felvilágosodás magyarországi — és oroszországi — virágzása idején a 18. sz. közepétől a 19. sz. közepéig volt. Oroszország éppen a 18. században válik katonai nagyhatalommá, s ennek érdekében erősen fejleszti a hadtudományokat, s az ehhez kapcsolódó összes tudományt. Erre a korra esik az Orosz Tudományos Akadémia megalapítása, az első egyetem felállítása (1755) az első színvonalas tudományos folyóirat az Acta Academiae Petropolitanae megjelenése. Több katonai sebészeti intézet és katonakórház kezd meg működését. Külföldről nagyszámban érkeztek a csábított és önelhárításhozból indult tudósok, hogy magas színvonalra emeljék az orosz tudományos életet és fel-

neveljék az orosz ifjabbok az orosz nemzeti tudomány utánpótlását.

Magyarországon Mária Terézia felvilágosult uralkodása alatt szintén nagy fejlődés indul a tudományos életünkben. Állami feladattá vált a közegészségügy tudományos és közigazgatási megszervezése, a nagyszombati egyetemet van Swieten javaslatára orvosi karral bővítették. Tervezték Pozsonyban felállítani az Akadémiát — ami csak a következő század első negyedében vált valósággá.

E két fejlődésében virágzó állam medicinájának olyan kapcsolatát tárták fel a szerzők, amely a magyar tudománytörténet művelői előtt is jórészt ismeretlen volt. Pedig az orosz medicina történetében e magyar származású orvostudósok és közegészségügyi szakemberek — akiknek munkásságát jelen könyv kimerítően tárgyalja — előkelő helyet foglalnak el. Csak a nemrégiben megjelent, középiskolások részére írt orvostörténeti munkájában is — nem törekedve teljességre — M. Kuzmin többször említi és méltatja Keresztúry Ferenc, Peken Keresztély és Mátyás, valamint Orlay János érdemeit az orosz orvostudomány fejlesztésében. A nagy karriert befutott magyar származású orvosok között megtaláljuk azokat, akik hazájukban, pályájukban akadályoztatva voltak (Koritáry, Peken) s másik országban vélték elérni céljukat. Mások szerződéssel kerültek egy bizonyos állás elfoglalására ki (Gyöngyössi), volt aki kalandos útjának végállomását lelte meg Oroszországban (Reineggs), s megint mások tanulmányaikat óhajtották folytatni, ill. elkezdni (Keresztúry, Orlay) a moszkvai egyetemen. Egyben azonban mindannyian egységesek voltak; mindannyian tartották a kapcsolatot az elhagyott hazával barátaik, rokonok, s főleg volt tudós kollégáikkal való levelezés útján. A magyar emigránsokkal együtt az egyetemen (majd egyetemeken), kórházakban, katonai és polgári főiskolákban számos más külföldi szakember is munkálkodott. Számukra olyan lehetőség nyílt fiatal korukban a tudományos pályán — magas pozíció, fizetés, gyors előmenetel, elismerés, stb. — ami hazájukban nem volt lehetséges. A fiatal magyar tudósjelöltek éltek a lehetőséggel, s a magukkal hozott tudást tovább gyarapítva az orosz orvostudományban, egészségügyi közigazgatásban, az orvostudomány elméleti és gyakorlati fejlesztésében (publikációk, könyvkiadás: egyetemi jegyzetek, tudományos és népszerűsítő munkák, stb.), átlagon felül értek el.

A cári kormányzat nagyvonalúan kielégítette és pártfogolta ambícióikat. Gyöngyössi Pál, Peken Keresztély, Peken Mátyás, Keresztúry Ferenc, Reineggs Jakab, Orlay János, Koritáry György munkásságának elismerését bizo-

nyítják, hogy a legkisebb pozíció, amit elértek az egyetemi dékán, ill. az udvari orvos tisztsége volt. A legtöbben közülük tagjai voltak az oroszországi tudományos társaságoknak, a Birodalmi Orvosi Kollégiumnak és a Birodalmi Orvosi és Sebészeti Akadémiának, sőt ezekben magas tisztségeket is betöltöttek. Ottani kiváló működésük alapján néhányukat több külföldi tudományos társaság (pl.: Academia Leopoldina) tagjai sorába választotta. Mások szerkesztették a különböző természetű tudományos és orvosi folyóiratokat. Nagy érdemük az orosz orvostudomány szempontjából, hogy a nyugatról magukkal hozott legfrissebb vívmányokat, elméleteket publikációik és egyetemi oktatás során — sőt a gyakorlatban is — érvényesítették. E néhány magyar tudós pályafutásának történetén keresztül az orosz tudomány élet — elsősorban a medicina — jellemző vonásait ismerhetjük meg, párhuzamba állítva a nyugat-európai és magyar orvostudomány történetével. A szerzők rendkívül gazdag dokumentációval támasztják alá kutatásaikat, s főleg a magyarországi működésükre és kapcsolataikra vonatkozó levéltári forrásokat tárták fel teljes mélységükben. Valószínű, hogy további részadatokat szolgáltatna a leningrádi és moszkvai levéltárak hasonló tüzetes áttanulmányozása, de az lényeges változtatást már bizonyára nem igényelne.

A Fejezetek az orosz—magyar orvosi kapcsolatok múltjából utolsó tanulmánya már e századba vezet az olvasót. A kapcsolatok egy másfajta színezete érvényesül Hamburger Jenő Szovjetunióbeli munkásságának feltárásában. A magyar Tanácsköztársaság bukása után emigrációba kényszerült a politikus orvos, aki a népbetegségek és a nép nyomorának preventíváját nemcsak a medicina útján, hanem a társadalom szerkezetének alapvető megváltoztatásában látja. Tudományos munkássága a röntgenológia terén már a Szovjetunióban bontakozott ki.

A Fejezetek... orosz nyelvű változata stílusában magyar ere-

detijét követi. A tudományos diszciplínák elemzésének nyelvezete s az egyéni sorsokat, életutakat izgalmasan, helyenként kalandosan végigvezető leírások szerencsésen kiegészítik egymást. Egyaránt használhatja szakember források merítése céljából, de a laikus olvasónak is élvezetes olvasmány. Jegyzetapparátusa igen bőséges, a témát kimeríti, jól használható — talán szépséghibaként kell megemlíteni, hogy a fordító nem minden esetben volt következetes az irodalom pontos megjelölésénél: helyenként a megnevezett forrást oroszra fordította, másutt magyarul hagyta meg; néhány a magyar olvasó számára közismert rövidítést (pl.: OL.) oroszul nem oldotta fel.

Összegezve, az orvos—történész szerzőpáros komoly kutatást igénylő, korrekt, minden szempontot kielégítő munkát bocsátott a nemzetközi tudománytörténet szakemberei elé. Bár ez csak kis részletét tárja fel az orosz—magyar tudományos kapcsolatok történetének, módszerével megjelölte a további kutatások irányát. Reméljük hamarosan olvashatjuk a folytatást.

Szemkeő Endre

Jürgen Krämer: Discogen betegségek. (Bandscheibenbedingte Erkrankungen). Georg Thieme Verlag Stuttgart 1978. 278 old., 173 ábra. Ára: DM 79,—

A discogen eredetű betegségekre vonatkozó ismereteink az utóbbi években örvendatosan bővültek. Kezelésük számos orvosi szakterületet érint, ezért is hézagpótló műnek tekinthető a német nyelven első alap-szakkönyvként megjelent — 270 oldalas mű.

A szerző 14 fejezetben részletesen foglalkozik a porckoronggal összefüggő betegségek gyakoriságával, az anatómiai-élettani-kórtani viszonyokkal, ezen belül különös tekintettel a porckorong-degeneratio okaira. Komoly orthopaediai, neurológiai, rheumatológiai és — négyezer műtét — idegsebészeti tapasztalataira támaszkodva részletesen ismerteti a ge-

rinc nyaki, háti és lumbalis mozgásszervi segmentumainak betegségeit, a korszerű diagnosztikai módszereket, valamint a konzervatív és sebészeti kezelés indikációját és módját.

A maga nemében egyedülállóan széles körű katamnesztikus feldolgozásban a Német Szövetségi Köztársaság Biztosító Társaságainak adatai voltak segítségére. A statisztikai feldolgozás alapján kiderült, hogy a civilizációs népbetegségnek számító discopathia előfordulási gyakorisága — más, ma már eredményesen befolyásolható népbetegségekkel szemben — emelkedett. Ez abszolút értelemben a jobb orvosi szűrés mellett az életkor kitolódására vezethető vissza, a relatív növekedés — a mozgásszervi betegségeken belül — az egyéb betegségek (pl.: csont-tbc, rachitis, Heine-Medin) visszaszorulásával magyarázható. Az NSZK-adatok alapján a munkaképtelenséget okozó betegségek 20%-a, a leszázalékolási járulékkérelmek 50%-a discogen betegségekkel függ össze, a mozgásszervi okokból bekövetkezett évi 9 millió munkanap kiesésben dominálnak a discopathias problémák. A körzeti orvosi gyakorlatban minden tizedik, orthopaedián minden 2—3. discopathias beteg.

A megoszlásban lényeges különbség a nemek tekintetében nem mutatkozott, életkor szempontjából 68% a 30—60 év közötti időszakra esett, localisatióban 62% volt a lumbalis syndroma. Más külföldi felmérésekkel (USA, Nagy-Britannia) egyezően a szerző hangsúlyozza, hogy a 30 év feletti populáció közel 90%-a szenved — legalább egyszer élete folyamán — discopathias panaszokban.

Hasznosak a szerző megjegyzései a porckorong-sérvek balesetes eredetének körülhatárolására vonatkozóan is, hangsúlyozza, hogy a nehéz fizikai munka önmagában — nem jelent fokozott veszélyeztetést.

A tartalmas szakmai adatokat 173 ábra, 48 táblázat és részletes irodalomjegyzék gazdagítja.

Lázár László dr.

**Helyreigazítás!**

Az Orvosi Hetilap 1979. évi 120. évf. 36-os számának 2161. oldalán megjelent „A Hodgkin- és nem Hodgkin malignus lymphomák gyakoriságáról” című kollektív tanulmány szerzőinek felsorolása hibásan a cím alá került —, helyesen a *lábjegyzetbe* való.

A helyreigazítás közlésével kívánjuk szerzőink figyelmét felhívni arra, hogy ilyen szerző-létszám közvételét szerkesztési-elvi szempontból — hasonlóan a külföldi irodalomhoz — nem vállalhatunk.

A konkrét esetben, a *lábjegyzetben* való közléshez is csak kivételesen járultunk hozzá.

A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1979. szeptember 25-én, du. 2 órára tűzte ki **Nékám Kristóf dr.**: „A transzfer faktor biológiai jelentősége és terápiás alkalmazása” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA kistermében.

Az értekezés opponensei: **Jakab Lajos dr.**, az orvostudományok kandidátusa, **Szegedi Gyula dr.**, az orvostudományok kandidátusa.

A TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága 1979. szeptember 28-án, du. 2 órára tűzte ki **Kovács László dr.**: „A harántcsíkolt izomrost különböző membránjain lezajló ingerületi folyamatok mechanizmusa” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA kistermében.

Az értekezés opponensei: **Vizi E. Szilveszter dr.**, az orvostudományok doktora, **Belágyi József dr.**, a biológiai tudományok kandidátusa.

A Magyar Sebész Társaság 1979. szeptember 27-én (csütörtök) 18 órakor, a Semmelweis OTE I. Sebészeti Klinika tantermében (VIII., Üllői u. 78.) tudományos ülést rendez.

A Miskolci Kórház

Sebészeti Osztály beszámolója

Üléselnök: **prof. Marton Tibor.**

Üléstítkár: **prof. Karácsonyi Sándor**

1. **Herczeg László dr.**: Bevezető.
2. **Herczeg L. dr., Balogh J. dr.**: Csontzáró és anastomosiskészítő varrógépek (film).

3. **Herczeg L. dr., Balogh J. dr., Kánya L. dr., Szilágyi Sz. dr.**: A varrógépek alkalmazásával szerzett tapasztalataink

4. **Balogh J. dr., Herczeg L. dr., Szilágyi Sz. dr., Kánya L. dr.**: Varrógéppel készített sigma-rectum anastomosisek.

5. **Barna B. dr., Herczeg L. dr., Jankovich M. dr., Szederkényi I. dr., Szentirmai I. dr.**: Vastag- és végbélrákos beteganyagunk.

6. **Barna B. dr., Balogh J. dr., Herczeg L. dr., Szederkényi I. dr.**: Összekapcsolt és kiterjesztett vastag-, és végbélműteteink.

7. **Herczeg L. dr., Jankovich M. dr., Szentirmai I. dr., Varga L. dr.**: Hartmann-féle műteteink.

8. **Barna B. dr., Balogh J. dr., Herczeg L. dr., Jankovich L. dr., Varga L. dr.**: Az exstirpatio, illetve a resectio helye a végbélrák műtéti kezelésében.

A Magyar Szemorvostársaság 1979. szeptember 28-án, délután 15 órakor Budapesten, az I. Szemklinikában (VIII., Tömő u. 25—29.) tudományos ülést rendez.

Gábrriel István: Congenitalis glaucoma habitualis abortus után.

Anda Lujza: Intenzív terápia hatása a diabeteses retinopathia alakulására.

Szigeti Zoltán: A szemfenéki lelet értéke myocardialis infarctusban.

Szalay Edit, Korchmáros Imre: Ektropium ellenes műteteink értékelése.

A Magyar Fül-Orr-Gégeorvosok Egyesülete Audiológiai Sectioja és a Debreceni Orvostudományi Egyetem Fül-Orr-Gégeklinika 1979. szeptember 27-én délután 14 órai, szeptember 28—29-én délelőtt 9 órai kezdettel Debrecenben, az Orvostudományi Egyetem Elméleti Tömb előadótermében tudományos ülést rendez.

Az előadások időtartama 10 perc. Vetítési lehetőség: 5×5 diaposzítív.

Információ: Fül-Orr-Gégeklinika Audiológiai Állomása, Debrecen, Nagyterdei krt. 98., tel.: 14-879.

A Magyar Pathologusok Társasága és a Nógrád megyei Kórház-Rendelőintézet Tudományos Bizottsága 1979. szeptember 28—29-én Salgótarjánban, az SZMT-székház földszinti tanácstermében (Tanácsköztársaság tér 1.) pathologus találkozót rendez.

Szeptember 28., 8.30 óra

Ünnepélyes megnyitó

9.00 óra

Immunopathologia

Beregi Edit dr.: Immunmorphológiai vizsgálatok klinikopathológiai jelentősége (30 perc).

Surján László dr.: Immunhisztokémiai eljárások a korsövettani gyakorlatban (20 perc).

Kelényi Gábor dr.: Malignus lymphomák immunopathológiája (20 perc).

Szűnet

Balázs Márta dr.: A májbetegségek immunológiai vonatkozásai (20 perc).

Szepesházi Károly dr.: A vesebetegségek immunopathológiája (20 perc).

Tanka Dezső dr.: Immunopathológiai kórkép-e a rheumatoid arthritis? (20 perc).

Vita

Szeptember 29., 9.00 óra

Chromosoma aberratio és fejlődési rendellenesség

László János dr.: Nemi differenciálódás pathológiája (30 perc).

Gaál Magda dr.: Structuralis chromosoma aberrációk keletkezése és felismerése (20 perc).

Méhes Károly dr.: Az autosomalis rendellenességek somatikus tünetei (30 perc).

Szűnet

Gorács Gyula dr.: Fejlődési rendellenességek macroscopiában (20 perc).

Szabó Zsolt dr.: A köldökzsínór és a placenta hisztológiai vizsgálatának jelentősége (20 perc).

Oláh Edit dr., Sugár János dr.: Cytogenetikai vizsgálatok az experimentális daganatkutatásban (20 perc).

Vita

A Pécsi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportja 1979. október 1-én, délután 4 órakor Pécsen, az Orvostudományi Egyetem Központi Épületében tudományos ülést tart.

Esetismertetés (Gyermekeklinika, 5 perc).

Dávid M. Ferenc, Borbás Emma, Engertné Bucsai Margit: Az infúziós oldat ellátás egyes szakmai, gazdasági és műszaki vonatkozásai (15 perc).

Hartai István, Dávid M. Ferenc: A klinikai és intézeti gyógyszer-egyszer-diagnosztikum ellátás és készletezés néhány közgazdasági összefüggése (15 perc).

Kienle Ernő, Tóth Lenke: A közétkeztetés táplálkozás-egészségügyi vizsgálata Baranya megyében (15 perc).

A Magyar Rehabilitációs Társaság, a Magyar Traumatológus Társasággal 1979. szeptember 27—28—29-én Miskolcon, a Megyei Kórházban rendezi Vándorgyűlését.

Főtema: A baleseti sérültek rehabilitációja, különös tekintettel a baleseti sebészeti osztályok és utókezelő-rehabilitációs osztályok együttműködésére.

1979. szeptember 27. (csütörtök) 10.30 óra

1. Ünnepi megnyitó.
2. Tiszteleti tagok üdvözlése.
3. Miskolc város köszönti a résztvevőket.

Szünet
11.30 óra

Üléselnök: prof. Rískó Tibor.

1. Prof. Egyed B. (Budapest): A sérültek rehabilitációjának elmélete és gyakorlata.

2. Prof. Berentey Gy. (Budapest): A traumatológiai osztály feladata és lehetőségei a mozgásszervi rehabilitációban 25 év tapasztalatai alapján.

3. Nagy L. (Budapest): Posttraumás rehabilitációs osztályunk tapasztalatai.

Szünet
15.00 óra

Üléselnök: prof. Berentey György.

4. Kendelényi E., Marton Z., Szloboda J. (Bpest.): Az integrált rendszerű Traumatológiai Osztály Járóbeteg-rendelés és Baleseti Utókezelő, 5 év tapasztalatai.

5. Szabó L., Miklósy L. (Veszprém): Lehetőségeink a baleseti sérültek gondozásában és rehabilitációjában.

6. Molnár Gy., Széman S. (Miskolc): Mozgásszervi Rehabilitációs Központi Fizioterápiai Osztály működési tapasztalatai.

7. Mecseki L., Kósik Gy. (Kaposvár): Rehabilitációs Osztály Intenzívterápiás Osztály együttműködése.

8. Széman S. (Miskolc) Idegrendszeri szövődmény nélküli csigolyatörések funkcionális kezelése.

9. Fűr Mihalyné, Urbán Paula, Szloboda J. (Bpest.): Baleseti utókezelők szervezete és működése.

10. Mecseki L. (Bpest.): Baleseti sérültek utókezelésével szerzett tapasztalataink.

11. Radovics B. (Sikonda): Hibák és lehetőségek a baleseti sérültek traumatológiai ellátás utáni kezelésében.

Szünet

Üléselnök: Nagy László dr.

12. Fehér M., Nagy L., Vass M. (Budapest): Craniocerebrális sérültek rehabilitációs eredményei.

13. Szabó Lászlóné (Budapest): Peripheriás idegsérültek rehabilitációs kezelése.

14. Novoszel T., Sólyom Gyuláné (Budapest): A lábra állás és járás problémái a mozgásszervi rehabilitációban.

15. Fehér M., Endresz Mária, Tóth Mária, Herczeg Mária, Till Ferencné (Budapest): Agykárosodottak mozgásképeségének értékelése.

16. Szarvas I. (Budapest): Az akut ellátó és a rehabilitációs osztály együttműködésének szerepe a nyaki gerincsérültek kezelési programjának kialakításában.

17. Ogár Zoltánné (Sátoraljaújhely): Válltáji bénulások utókezelése.

Üléselnök: Széman Sándor dr.

18. Urbán Józsefné (Miskolc): A kéz komplex ideg- és ínsérüléseinek gyógytorna kezelése.

19. Bánhid M., Szundy L.-né, Simon Gy.: A pszichológus szerepe és feladatai egy baleseti mozgássérült rehabilitációs osztályon.

20. Ulbrich Ágnes (Sály): Cerebrálpáretikus gyermekek játékra, önellátásra, munkára nevelése a gyógytorna módszereivel.

21. Tamási M. (Budapest): Gyakoribb, a mozgásszervi rehabilitációt akadályozó kórképek a MÁV Kórház Mozgásszervi Baleseti Rehab. Osztályán.

22. Körmöczy I., Kádár K., Békefy O. (Miskolc): Speciális hullámhabszivacs ágybetét alkalmazása nehezen mobilizálható betegeknél.

1979. szeptember 28. (péntek)
8.30 óra

Üléselnök: Hónig Vilmos dr.

23. Kazár Gy. (Budapest): A sérültek fizioterápiájának különleges szempontjai.

24. Barabás Klára, Piszker Anna, Saád Judit (Budapest): Posttraumás mozgásszervi betegek fizioterápiás kezelésével szerzett tapasztalataink.

25. Körmendi Istvánné, Lányi Katalin, Steinhausz Viktória, Samu Ágnes (Bpest.): A baleseti fekvőbeteg osztályon végzett korai funkcionális kezelés jelentősége.

26. Molnár Magdolna (Budapest): Göcön kívüli külső rögzítéssel kezelt sérültek utókezelése.

Szünet

Üléselnök: Renner Antal dr.

27. Szabó Györgyi (Budapest): Felsővégtag sérültek munkaterápiájának jelentősége, különleges szempontjai.

28. Révész L., Kazacsay F. (Miskolc): Weber-synthesissal kezelt olecranon törések korai funkcionális kezelésének eredményei.

29. Veres Tiborné (Budapest): Könyöktáji sérültek fizioterápiája.

30. Rácz S., Körmöczy I. (Miskolc): Csonkolt ujjak utáni korrekciós műtéti lehetőségeink.

31. Rónai Eszter (Budapest): Ízületi protézissel ellátott ujsérültek funkcionális kezelése.

32. Harsányiné Győri Judit, Papp T. (Miskolc): Funkcionális kezelés égési sérülteknél.

Üléselnök: Kazár György dr.

33. László Gy. (Budapest): Gyakorló sínek alkalmazása operált alsóvégtagi törések kezelésében.

34. Heinzel Anikó, Horváth Istvánné, Zethner Györgyné (Budapest): Időskori csípőtáji törések gyógytornája.

35. Majoros I., Deák F. (Miskolc): Csípőtáji törött korai funkcionális kezelésének eredményei.

36. Maly E., Farkas I. (Budapest): Team-munka csípőízületi endoprotézis betegek ellátásában.

37. Molnár Lajosné dr. (Budapest): Lábszártörött fizioterápiája osteosynthes után.

38. Zadravecz Gy. (Pécs): Az alsó ugróízület mozgásainak mérése.

39. Hajós Mihályné (Miskolc, Mozg. Rehab.): Sudeck-dystrophiás betegek kezelése.

40. Kovács P., Sófálvi Cs., Rácz Cs., Búvár Anna (Kakasszék): A Sudeck-syndroma fizioterápiás kezelése.

41. Molnár L. (Harkány): Alsóvégtagi Sudeck dystrophia komplex kezelésével elért eredményeink.

Szünet

Üléselnök: Borsay János dr.

42. Kullmann L. (Budapest): Az amputáció bejelentés 10 éves tapasztalatai.

43. Kertész Gy., Vass M., Nagy L. (Budapest): Traumás alsóvégtag amputáltak rehabilitációs problémái.

44. Závori L., Malomsoki J., Fehér M., Nagy L. (Bpest.): Traumás alsóvégtag amputáltak spiroergometriás vizsgálatai.

45. Hámos Elemérné (Budapest): Traumás és érbeteg amputáltak fizioterápiájának és protetizálásának azonosságai, különbségei.

46. Radnay L., László G., Zboray Zs., Kullmann L. (Budapest): Traumás lábszár amputáltak reamputációs problémái.

47. Padosné Dezső Éva, Major Antalné, Éles Lászlóné, Sólyom Gyuláné (Budapest): Érbeteg amputáltak műtét utáni gyógytorna kezelése.

48. Padosné Dezső Éva, Éles Lászlóné, Major Antalné (Budapest): Amputáltak korai ideiglenes protézis ellátásának gyógytornája.

Szünet

Üléselnök: Egyed Béla dr.

49. Vass M., Matejevski H. Nagy L. (Budapest): Traumás felsővégtag amputáltak rehabilitációs lehetőségei.

50. Illyés Zs., Biró Zsuzsanna (Nyíregyháza): Traumás amputáltak rehabilitációja protetikai team keretében.

51. Krenner Zsuzsanna (Budapest): Amputált betegek fizioterápiája

52. Kelemenné Szakonyi Júlia (Budapest): Az amputáltak ambuláns rehabilitációs kezelésének pszichológiai vonatkozásai.

53. Szalay Mária (Budapest): Amputált betegek foglalkozási rehabilitációja.

54. Novoszel Tibor (Bpest.): A kerekesszék szerepe a mozgásszervi rehabilitációban.

Szünet

Kisfilmbemutató

Üléselnök: Novoszel Tibor dr.

Joós Márta (Budapest): Vállhúzó aktív alkar művégtag használata.

Laczkó M. Gy., Nagy L., Vass M., Vasady I.-né (Budapest): Színes filmbemutató mindkét alsóvégtag traumás amputált sérültjeinek mozgásgyakorlatairól.

Novoszel T. (Budapest): Testnevelés és sport a gerincvelő sérültek rehabilitációjában.

Zadravecz Gy. (Pécs): A calcaneus törések kezelése.

Széman S., Kurys T. (Miskolc): Protézis ellátás serdülőkorban kisgyermekkori végtag elvesztése után.

1979. szeptember 29. (szombat)

8.30 óra

Üléselnök: Szabó István dr.

55. Szilvási L.: Egészségre károsodott fiatalok szakmai képzése Miskolcon.

56. Marton Z., Szloboda J. (Budapest): A sérültek foglalkozási rehabilitációjának lehetőségei traumatológiai centrumunk területén 5 éves tapasztalatok.

57. Szentgyörgyi D. (Leninváros): Az üzemi rehabilitáció problémái.

58. Mangliár K. (Szombathely): Rehabilitációs tanácsadó eredményei Szombathelyen, az orvosi és foglalkozási rehabilitáció területén.

59. Szabó J. (Miskolc): Foglalkozási rehabilitáció megyei tapasztalatai, hiányosságai.

60. Adorján B. (Miskolc): A Borsodi Szénbányák Vállalatánál folyó rehabilitációs munka tapasztalatai.

Szünet

Üléselnök: Rózsahegyi István dr.

61. Fejes A. (Gyöngyös): Baleseti mozgássérültek pszichológiai rehabilitálásának egyes kérdései.

62. Hajdú L. (Gödöllő): Ép testben ép lélek, rokkant testben rokkant lélek? Egy irodalmi pályázat tanulságai.

63. Farkas Erzsébet (Harkány): A mozgássérült sérültek szociális reintegrációja.

64. Chikán Cs. (Vác): Munkamegosztás a rehabilitációban.

65. Polinszky Tibor (Budapest): Mozgássérültek a lakókörnyezetben (tárgy, tér, környezet adaptáció, mozgásukban korlátozott emberek számára).

Szünet

Üléselnök: Molnár György dr.

66. Erdélyi K. (Budapest): Ipari üzemek és a rehabilitáció.

67. Szilárd Szilvia (Leninváros): Az Üzemegészségügyi Tanács feladata a rehabilitáltak utógondozásában.

68. Bencsik Róza dr., Rába L., Papp Á. (Budapest): Egyoldali szemserültek foglalkozási rehabilitációjának helyzetéről.

69. Sücs Gy. (Sátoraljaújhely): A Bodrogház ipari jellegű öltömezőgazdasági sérülései.

A Vándorgyűlés berekesztése.

dez. Főtémája: Fertőzéseket követő heveny életveszély-állapotok és az életveszély-állapotokhoz társuló fertőzések.

1979. szeptember 28.

9.00 óra

Binder László, a társaság elnöke: Megnyitó.

9.30 óra

Plenáris ülés

Üléselnök: prof. Boda Domokos. Dudás B. (Szeged): Életveszély-állapotok ellátása fertőző betegségekben (referátum).

Bodor Gy., Nagy E., Telegdy L., Bíró L. (Budapest): Progressív betegellátás a fertőző klinikumban.

Hencz P. (Szeged): Fertőzések okozta heveny életveszély-állapotok klinikánk intenzív osztályán.

Bíró E., Petrassy K. (Miskolc): Infekciók által okozott életveszélyes állapotok ellátása gyermek intenzív osztályon.

Mészner Zs., Nyerges G. (Budapest): Fertőzésekhez csatlakozó heveny életveszély-állapotok öt éves beteganyagunkban.

Ugocsa Gy., Dudás B. (Szeged): Respirációs készenlét szervezése; respirációs terapia lehetőségei fertőző osztályon.

Szünet

11.30 óra

„A” szekció

Üléselnök: Dudás Béla dr.

Bíró L., Bodor Gy. (Budapest): A haemostasis zavarai fertőzésekben.

Telegdy L., Bodor Gy. (Budapest): Shock-állapotok heveny fertőzésekben.

Nagy E., Tolnai Á. (Budapest): Heveny oligo-anuriás állapotok fertőzésekben és fertőzések veseelégtelenségben.

Mikler L., Nagy Búza E., Karácsi J. (Miskolc): Salmonellosis kóros extrarenalis azotaemia öt éves beteganyagunkban.

Streitman K., Virág I., Turi S., Várkonyi Á. (Szeged): Haemolyticus uraemias syndroma.

Tankó Sz., Szerdahelyi F., Veres R., Nagy M. (Eger): Cholangiohepatitis követő renalis elégtelenség megoldása peritonealis dialysissel.

Vidor E., Kéri J. (Budapest): Parazitás betegségek életveszélyes szövődményei.

11.30 óra

„B” szekció

Üléselnök: Szerdahelyi Ferenc dr.

Bartók K., Szabó M., Füzesi K. (Szeged): Gyermekkori égésbetegség bakteriológiai vonatkozásai.

Katona Z., Szekeres Zs. (Szeged): Az égési sérülés immunológiai következményei.

Barabás E., Hargitai R., Rüll J. (Székesfehérvár): Életveszély-állapotok laryngitis kapcsán.

Menyhárt E., Nagy E., Földes J. (Szeged): Rotavírus szerepe a csecsemőkori gastroenteritisekben.

Gellért M., Kukán E., Garami E., Vukmirovits Gy. (Budapest): „Echo 30” vírus okozta enteritis esetek.

Petrás Gy., Gallyas A., Ádám M., Merétey K. (Budapest): Emberi lymphocyták blastos transformációja Pseudomonas aeruginosa endotoxin jelenlétében.

Petrás Gy., Kiss S., Juraszek J., Merétey K. (Budapest): A Pseudomonas aeruginosa okozta sepsisben és septicus shockban bekövetkező szérumfehérje-változások immunológiai jelentősége.

15.00 óra

„A” szekció

Üléselnök: Budai József dr.

Ridegh I., Budai J., Rapi K. (Budapest): Életveszély-helyzetek streptococcus infekcióban.

Várkonyi Á., Salgó L. (Szeged): Újszülöttkori Streptococcus beta haemolyticus fertőzések. Bakteriológia és klinikum.

Nagy A., Szekeres Zs., Bán Gy., Salgó L., Hencz P. (Szeged): Microhaemocultura az újszülöttkori intenzív terapiában.

Várkonyi Á., Salgó L. (Szeged): Újszülöttkori bakteriológiai szűrővizsgálataink.

Olbrich Z., Kisbán G., Korányi Gy. (Budapest): Koraszülöttek súlyos staphylococcus fertőzésének atypusos szövődményei.

Szántó L., Pleskott K. (Budapest): Intenzív terapiát igénylő Gram-pozitív fertőzések.

Korányi Gy., Krausz J. (Budapest): Súlyos lefolyású congenitalis cytomegalovírus fertőzések.

Hajdi Gy., Molnár L., Pataki M. (Budapest): Életveszély-állapotok újszülöttkori salmonellosisban.

Pluhár J. (Gyula): Varicellás anya szűlése osztályunkon.

Szabó M., Tornóczy Sz. (Szeged): Invaginációt követő anaerob sepsis.

Ozsvár Zs., Husz S. (Szeged): Mononucleosis infectiosa kapcsán kialakult gyógyszerallergia.

Bodor S. (Veszprém): Környezeti ártalmak mint életveszély-állapotokhoz társuló fertőzések.

„B” szekció

15.00 óra

Üléselnök: László Barnabás dr.

Kolláth Z., Nyikes M. (Miskolc): Aktív szénoszlopos haemoperfusio alkalmazása a fulminans hepatitis kezelésében.

Péley I., Kádas I., Varga L., Rajkai I. (Pécs): A csecsemő- és gyermekkorú fulminans hepatitis.

Zimonyi I., Baranyai E., Gorácz Gy. (Budapest): További adatok a hepatitis és panmyelopathia összefüggéséhez.

Méhesfalvi E., László B., Hollós I. (Budapest): B vírus és idült májbetegségek.

Zentai G., Kiss É. (Szeged): Négy év serum-hepatitis eseteinek elemzése.

Kovács Zs. (Szeged): Hepatitis infectiosa különböző életkorokban.

A Magyar Infektológiai Társaság, a Szeged városi Kórház fertőző beteg osztály közreműködésével 1979. szeptember 28–29-én Szegeden, a Tisza-szállóban Vándorgyűlést ren-

Keszei N., Négyesi Gy. (Budapest): Ornithincarbamoyltransferase viselkedése májbeteggekben.

Szerdahelyi F., Tankó Sz., Horváth K., W. Laub, M., Vermes R. (Eger): Serum lipoproteinek vizsgálataival szerzett tapasztalataink hepatitis infectiosa eseteiben.

Ribiczey P., Sipos J., Gábor V., Tóth Z., Bartók K. (Zalaegerszeg): Specifikus és nem specifikus immunológiai paraméterek változása Catergennel kezelt idült májbetegségekben.

Sipos J., Bartók K., Gábor V., Tóth Z., Ribiczey P. (Zalaegerszeg): Májszövetből és periferiás vérből végzett lymphocyták marker vizsgálatok chronicus májbetegségekben.

Ibrányi E., Berkovits L. (Budapest): A máj-echinococcus szövődésményei és diagnosztikus nehézségei.

Pék L., Novák E., Konyár É., Reé J. (Budapest): Szem lokalizációjú sporotrichosis első hazai esete (conjunctivitishez társult könnymirigygyulladás).

Tiszai A. (Makó): Az infekciók szerepe a diabeteses ketoacidosis és kóma kiváltásában.

Boros I., Tiszai A. (Makó): Juvenilis diabeteses beteg staphylococcus sepsise.

1979. szeptember 29.

„A” szekció

9.00 óra

Üléselnök: Binder László dr.

Mihály I., Schmidt M. (Budapest): Latex agglutinációs test (LAT) eredményeink a gennyes meningitisek diagnosztikájában.

Szabó D. (Tata): Coli sepsis és meningitis újszülöttkori gyógyult esete.

Marton A., Vázsonyi J., Réti Cs., Bartha T. (Budapest): Anaerob baktérium okozta súlyos meningitis esete.

Ternák G. (Pécs): Meningococcus meningitis járvány észlelése és ellátása trópusi körülmények között.

Reményi M., Szász T. (Nyíregyháza): Meningitis képében jelentkező endocarditis lenta esete.

9.00 óra

„B” szekció

Üléselnök: Jákics József dr.

Tarjányi J., Dudás B. (Szeged): Járványos megbetegedések Szeged történetében.

Szepesvári E. (Elek): Retrospektív felismert benignus leptospirosis.

Papp G., Szeness Á., Nagy M. (Győr): Adatok a salmonellosisok pathomechanizmusához.

Lőrincz I., Münnich D., Wórum F., Polgár P. (Debrecen): Thyreotoxikus krízis társulása septicæmiával.

Zulik R., Nemeskéri M. (Tatabánya): Malária tertiana — a prevenció problémája.

Szünet

10.30 óra

Plenáris ülés

Üléselnök: Nyerges Gábor dr.

Binder L., Ferencz A., Goda Cs., Mándoky F. (Budapest): Szükséges-e ma még a meningitis basillaris tbc-ről beszélni?

Kovács Zs. (Szeged): Súlyos encephalitis enyhe lefolyású fertőző betegségekben.

Ferencz A., Binder L., Káli G. (Budapest): Intenzív, elsősorban respirációs ellátás igénye felnőttkori neuroinfekciókban.

Szalka A., Ferencz A., Káli G. (Budapest): Varicella zoster vírus encephalitis.

Simon L., Medek S., Gerő A., Tóth L. (Budapest): Az akut encephalitisek intenzív ellátása.

Varga L., Rajkai I., Bencze G., Péley I. (Pécs): A gyógyszeres nyomás csökkentés jelentősége a központi idegrendszer gyulladásos betegségeiben.

Somorácz Gy., Breitner V., Jákics J., Kiss B. (Dunaújváros): Vena subclavia kanül alkalmazása fertőzéseket követő életveszély-állapotokban.

Az előadások időtartama 10, a hozzászólásoké 3 perc. Hozzászólás a tematikailag összefüggő előadások után.

A Vándorgyűlés részvételi díja MOTESZ-tagoknak 100,— Ft, nem MOTESZ-tagoknak 200,— Ft.

A Ceglédi Városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztálya, a Városi Tanács Kórház Igazgatósága és Tudományos Bizottsága 1979. október 5-én, 9.30 órakor Cegléden, a Városi Tanács dísztermében („A” szekció) és vb-termében („B” szekció) tudományos ülést rendez.

Főtema: Az akut hasi katasztrófa.

Tengelyi Vilmos dr. (Bpest): Tüdődaganatos betegek operabilitásának kérdése, különös tekintettel a belgyógyászati kontraindikációkra.

Szabadfalvi András dr. (Cegléd): A belgyógyászati konzílium szerepe az akut sebészeti betegek ellátásában.

Prof. Hüttl Tivadar (Bpest.): Az akut hasi katasztrófák időszerű sebészeti vonatkozásai.

11.30 óra

A szekció

1. Mózer István dr., Hámori Gabriella dr. (Cegléd): A „Belgyógyászati” akut hasi katasztrófa.

2. Kovács Éva dr. (Cegléd): Belgyógyászati megbetegedéseket kísérő, akut hasi katasztrófát utánzó elektrolit-háztartás zavarokról.

3. Osztrovszky Ildikó dr. (Bpest.): Az akut hasi kórképek indirekt röntgen tünetei.

4. Kósa Ferenc dr. (Nagykőrös): Az akut hasi katasztrófák problémája a belgyógyászatban.

5. Kollár Ágnes dr., Repa Imre dr. (Vác): Heveny pancreatitis akut hasi katasztrófák hátterében.

6. Czinege Imre dr., Füle György dr. (Cegléd): Acut hasi diagnosztikai problémák és műtéti indikáció heveny pancreatitisben.

7. Varga Endre dr. (Nagykőrös): Pancreatitis és rtg-jelei.

8. Szőnyi Mihály dr. (Vác): Pancreas necrosis, ritka aetiologiájú esete.

9. Ecsedy Gábor dr., Nádor István dr. (Bpest.): Heveny epehólyaggyulladás okozta hasi katasztrófák (40 acutan végzett cholecystectomy és choledochotomy tapasztalata).

10. Veres Alfréd dr., Hittner Gábor dr. (Bpest.): Vékonybél-tumorok okozta hasi katasztrófák. (Négy ritka vékonybél-daganat okozta perforatio, vérzés, ill. splenosis alapján kialakult ileus esetei.)

11. Nádor István dr. (Bpest.): Rupturált májcysta okozta hasi katasztrófa (egy eset kazuisztikus feldolgozása).

12. Osztrovszky Ildikó dr. (Budapest): Műtét utáni szövődésmény abdominalis tályog.

11.30 óra

B szekció

1. Tóth Olga dr., Bán Zsuzsa dr. (Vác): Epidemiológiai vizsgálatok anaemiára.

2. Középegy Gyula dr. (Cegléd): Infúziós oldatok incompatibilitásai.

3. Farkas Pál dr., Középegy Gyula dr. (Cegléd): Infúziós oldatok Na és K tartalmának lángfotometriás meghatározása.

4. Jójárt György dr., Gyetvai István dr. (Cegléd): Juvénilis rheumatoid arthritises beteg agranulocytosisa.

5. Almási Pál dr. (Cegléd): Tünetesegény, súlyos pyogen fertőzések idült alkoholistákon.

6. Szádeczki Györgyi dr. (Cegléd): Pericarditises betegeken tett klinikai megfigyelések.

7. Patkó András dr. (Bpest.): Az emésztőrendszer kontrasztanyagvizsgálata magnetikus képrögzítővel és Spot-film kamerával.

8. Varga Lajos dr., Blümel Ferenc dr. (Vác): Epeútdyskinesisek szerepe az akut hasi casusok problematikájában.

9. Szendrői Mária dr. (Cegléd): Sérülések előfordulása elme osztályon.

10. Keresztes Zsuzsanna dr., Tóth Ildikó dr. (Cegléd): Osztályunkon szerzett tapasztalatok Atropin-coma kezeléssel.

11. Salgó Ferenc, Bojtos Attila dr. (Cegléd): Psychológiai tesztvizsgálatokkal követett alvás-megvonás depressziósoknál.

12. Kiss Erzsébet dr., Pellet Gábor dr. (Cegléd): Lithium therapia segítségével rehabilitált két „krónikus” eset ismertetése.

13. **Pellet Gábor dr., Kovács Sándor dr.** (Cegléd): A psychopharmacoterapia rehabilitatív gátló mellékhatásairól esetek kapcsán.

14.30 óra

A szekció

13. **Ertner Iván dr.** (Cegléd): Enteritis necrotisans.

14. **Keresztes László dr., Doffek János dr.** (Bpest.): Acut hasüregi vérzések.

15. **Székely András dr., Bózlék Mihály dr.** (Nagykőrös): Császármetszés kapcsán mellékletként észlelt, bélelhalással járó ileus.

16. **Süveges Gyula dr.** (Cegléd): Acut has a nőgyógyászatban.

17. **Pusztai Géza dr.** (Cegléd): Acut has a szülészetben.

18. **Balogh József dr., Ottlecz István dr.** (Cegléd): A sebészeti osztály ileusos beteganyagának értékelése.

19. **Sárközy József dr., Szónyi Mihály dr., Valkai Teréz dr.** (Vác): Appendectomy területében kialakult acut has.

20. **Szepessy Gábor dr.** (Cegléd): Adatok a mesenterialis thrombosis pathológiájához és klinikájához.

21. **Horváth Ágnes dr.** (Cegléd): Acut cerebrovascularis történésekhez társuló ulcus perforatiók.

22. **Jórárt György dr., Karácsony Tibor dr.** (Cegléd): Újszülöttkori appendicitis.

23. **Biró János dr., Beke Gábor dr.** (Cegléd): Meckel diverticulumok előfordulása és problematikái a gyermekkorban.

24. **Joós Miklós dr., Grondzsák Emőke dr.** (Cegléd): Acut appendicitises eseteink és a társuló szövdmények által okozott problémák gyermekkorban.

25. **Pásztor Judit dr., Ósapai László dr.** (Cegléd): Invaginatio eseteink tanulsága.

26. **Anka Péter dr.** (Cegléd): A tompa, fedett hasúri sérülésekről.

27. **Lamár István dr., Bérczy Szabolcs dr., Nagy László dr.** (Vác): Kórházunk fedett hasi sérült anyagának értékelése, hasi szervek sérülése vonatkozásában.

28. **Tóth János dr.** (Cegléd): Differenciáldiagnostikai problémák a tompa, fedett hasi sérüléseknél.

29. **Dózsa György dr., Pados Mézáros György dr., Nagy László dr.** (Vác): Urogenitalis apparatus, retroperitonealis szervek sérülése

kórházunk fedett hasi sérült anyagában.

30. **Karácsony Tibor dr., Takács Tibor dr.** (Cegléd): Sürgős beavatkozások az urológiában.

14.30 óra

B szekció

14. **Kovács Sándor dr., Öze Lajos dr.** (Cegléd): EEG vizsgálatok pace maker kezelésben részesült betegeknél.

15. **Stephánfi Györgyi, Salgó Ferenc** (Cegléd): Az orvos-imago változása nyílt rendszerű pszichiatriai osztályon történő kezelése folyamán.

16. **Kiss Ferenc dr.** (Cegléd): Az alkoholista betegek gondozásának nehézségeiről.

17. **Gärtner Ida dr., Kovács Sándor dr.** (Cegléd): Osztály—gondozó—klub együttműködése idült alkoholisták kezelésében és gondozásában.

18. **Bojtos Attila dr.** (Cegléd): Alkoholisták motoros vezetési sebességének vizsgálata.

19. **Kerekes Tamás dr.** (Cegléd): Phenylketonuria (esetbemutató).

Vetítési lehetőség 5×5 cm dia-
pozitív vetítő.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(314/b)

Dabas nagyközségi Tanács elnöke (Dabas, Bikszai Miklós út 381.) a Járási Hivatal Egészségügyi Osztályával egyetértésben pályázatot hirdet **körzeti orvosi állásra.**

A munkakörhöz 3 szobás komfortos, garázzsal ellátott kertes szolgálati lakás biztosított. Bérézés a 3/1977. EÜM—MÜM út. alapján.

dr. Petike Jánosné

mb. tanácselnök

(329/a)

Ózd városi Tanács Kórház—Rendelőintézet Egység igazgató főorvosa (Ózd I., Béke út 1.) pályázatot hirdet **3 felnőtt körzeti orvosi, 2 gyermek körzeti orvosi és 1 felülvizsgáló főorvosi állásra.**

Illetmény a 3/1977. EÜM—MÜM sz. együttes utasításának megfelelően a szolgálati idő figyelembevételével. Mellékállás vállalás lehetséges.

Lakás megbeszélés tárgyát képezi. Az állás azonnal elfoglalható.

Ondrejko István dr.

járóbeteg ellátást irányító

igazgató főorvosh.

(330/a)

Ózd városi Tanács Kórház—Rendelőintézet Egység igazgató főorvosa (Ózd I., Béke út 1.) pályázatot hirdet: **két főfoglalkozású — az Ózdi Kohászati Üzemorvosi Rendelőjében — megüresedett üzemorvosi állásra.**

Illetmény a 3/1977. EÜM—MÜM sz. együttes utasításának megfelelően a szolgálati idő figyelembevételével, + 1000 Ft kohászati pótlék. Ev végén 6—10 000 Ft-ig terjedő iparvidéki pótlék.

Lakás megbeszélés szerint.

Az állás azonnal elfoglalható.

Verebelyi Tibor dr.

üzemegészségügyi szolg. irányító
h. igazgató, üzemi főorvos

(331/a)

A Sárvári városi Tanács V. B. Kórház—Rendelőintézet igazgató főorvosa (Sárvár, Rákóczi u. 30. 9601) pályázatot hirdet:

**1 fő körzeti orvosi állásra,
1 fő gyermekorvosi állásra,
1 fő üzemorvosi állásra.**

Illetmény szolgálati időtől függően. Lakást a városi tanács biztosít.

Orvosházaspár előnyben.

Atanaszov György dr.

igazgató főorvos

(343a)

Ózd Városi Tanács Kórház—Rendelőintézet Egység igazgató főorvosa (Ózd, Béke út 1.) pályázatot hirdet **egy fő járási gyermekorvosi állásra** Putnok nagyközség székhellyel. A pályázat elnyeréséhez gyermekgyógyász szakképesítés szükséges.

Illetmény kulcsszám szerint, szolgálati időnek megfelelően.

A pályázó részére Putnok nagyközség tanácsa lakást biztosít.

Zeltner György dr.

kórház—rendelőint. egys.

igazgató főorvosa

(345/a)

Ózd városi Tanács Kórház—Rendelőintézet Egység igazgató főorvosa (Ózd, Béke út 1.) pályázatot hirdet: **egy fő sebészeti osztályon megüresedett orvosi állásra.**

Illetmény a 3/1977. EÜM—MÜM sz. együttes utasításának megfelelően, a szolgálati idő figyelembevételével.

Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Az állás azonnal betölthető.

Egy fő fejlesztésként 1979. IX. 1-vel beinduló gyermekkörzeti állásra.

Illetmény a 3/1977. EÜM—MÜM sz.

együttes utasításnak megfelelően, a szolgálati idő figyelembevételével.

Lakás megbeszélés szerint.

Az állás 1979. szeptember 1-vel elfoglalható.

Zeltner György dr.

kórház—rend. int. egys.

igazgató főorvos

(350)

Szabadsághegyi Gyermekgyógyintézet (Bp. XII., Mártonhegyi út 6. Posta-cím: 1531 Bp., Pf. 39. Telefon: 166-003) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet áthelyezés folytán megüresedett **fül-orr-gégészeti szakorvosi állásra.** Szakvizsga előtt állók is pályázhatnak. Bérézés a 3/1977. EÜM—MÜM sz. rendelet szerint. Lakást nem biztosítunk.

Fekete Zoltánné

személyzeti vezető

(351)

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karának dékánja pályázatot hirdet az I. sz. Sebészeti Klinikán 1980. január 1-től betölthető intézeti **gyógyszerészi állásra.**

Az állás betöltéséhez több éves gyógyszerészi gyakorlat szükséges. Illetmény a kulcsszám szerint kerül megállapításra.

Az álláshoz az egyetem lakást biztosítani nem tud.

A szabályszerűen felszerelt pályázatok a szolgálati út betartásával az egyetem személyzeti és oktatási osztályára kell benyújtani a megjelenést követő három héten belül.

Halász Béla dr.

oktatási rektorhelyettes

(353)

Bp. Föv. XIII. ker. Tanácsának elnöke pályázatot hirdet a Bp. Föv. XIII. ker. Tanács V. B. Róbert Károly ktr-i. Kórház—Rendelőintézet (Bp. XIII., Róbert K. ktr. 82—84.) nyugdíjazás folytán megüresedett **főigazgató főorvosi állásra.**

Pályázati feltétel: legalább 10 éves orvosi gyakorlat, egészségügyi szervezési, ill. társadalomorvostan szakvizsga. A szabályszerűen felszerelt pályázatot a Bp. Föv. XIII. ker. Tanács elnökéhez kell beküldeni. (Bp. XIII., Béke tér 1.)
 Illetmény kulcsszám szerint.
 A kinevezendő főigazgató főorvos magánygyakorlatot nem folytathat.
 Az állás 1980. január 10-től tölthető be.
Boszik József dr.
 (354)

Hatvan városi Tanács Kórház—Rendelőintézet igazgató főorvosa (3001. Pf.: 19.) pályázatot hirdet a kórház—rendelőintézet fogászati szakrendelésére külföldi munkavállalás miatt szerződéses munkaviszonnyal betölthető fogorvosi állásra.
 Bérézés a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM—MÜM sz. együttes rendelet szerint, szolgálati időtől függően.
 Az állás 1979. szeptember 1-vel elfoglalható.
 Modern orvos—nővérszálláson térítés ellenében férőhelyes elhelyezést tudunk biztosítani.
Gombos Emília dr.
 igazgató főorvos
 (355)

Budapest Fővárosi Tanácsa V. B. Egészségügyi Főosztály vezetője (Budapest, Városház u. 9/11. 1840) pályázatot hirdet a Fővárosi Tényi uti Kórház—Rendelőintézetben — áthelyezés folytán megüresedett — járóbetegellátást irányító főigazgatóhelyettesi állásra.
 Képesítés és bérézés a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM—MÜM sz. együttes, valamint a 13/1975. sz. rendeletben foglaltak szerint.
 A pályázati kérelmeket a 6/1970. EÜM sz. utasításban meghatározott feltételekkel kérjük benyújtani.
 Pályázati feltétel: Egészségügyi szervezői szakvizsga, és egészségügyi szervezői gyakorlat.
 A kinevezendő főigazgatóhelyettes orvosi magánygyakorlatot nem folytathat.
Varga Árpád dr.
 fővárosi vezető főorvos
 (356)

Budapest Fővárosi Tanács V. B. Egészségügyi Főosztály vezetője (Budapest, Városház u. 9/11. 1840) pályázatot hirdet a Délpesti Kórház főigazgató főorvosi állásra.
 Képesítés és bérézés a 13/1977. (VIII. 19.) EÜM—MÜM sz. együttes utasításban, valamint a 13/1975. sz. rendeletben foglaltak szerint.
 A pályázati kérelmet a 6/1970. EÜM sz. utasításban meghatározott feltételekkel kérjük benyújtani.
 Pályázati feltétel: Egészségügyi szervezői szakvizsga, és egészségügyi szervezői gyakorlat.
 A kinevezendő főigazgató orvosi magánygyakorlatot nem folytathat.
Varga Árpád dr.
 fővárosi vezető főorvos
 (357)

A Heves megyei Rendőr-főkapitányság vezetője pályázatot hirdet bűnügyi orvosi munkakör betöltésére. E beosztást megpályázhatja, illetve betöltheti az a magyar állampolgár, aki: büntetlen előéletű, 35 életévénél nem idősebb, egészségileg alkalmas, a speciális szakmai munkakörön túl a belügyi szolgálatot és azzal járó kötelezettségeket vállalja. A kinevezés hivatásos állományba, tisztii rendfokozattal történik. Illetmény 3600 Ft + 30 százalékos veszélyességi pótlék + rendfokozati illetmény, valamint munkaviszonytól függetlenül szolgálati időpótlék. A jelentkezés módja: a pályázatot, illetve felvételi kérelmet, részletes önéletrajzot a Heves megyei Rendőr-főkapitányság személyzeti osztályához kell beadni (3300 Eger, Szabadság tér 1-3.), illetve az 1979. évben végzőknek az egyetem rektorához. A főkapitányság vezetője — kinevezés esetén — Egerben lakást biztosít.
Pálkás Ferenc r. vör.
 főkapitányság vezetője
 (358)

Nagyecsed nagyközségi Közös Tanács elnöke (4355 Nagyecsed, Rákóczi u. 14.) pályázatot hirdet az áthelyezés folytán megüresedett III. sz. körzeti orvosi állásra. Az állás betöltéséhez orvosi rendelő váróval, háromszobás, komfortos, garázzsal ellátott szolgálati lakás biztosítva van. Illetmény a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM—MÜM sz. együttes rendelete szerint. A pályázati kérelmeket a szolgálati út betartásával a Nagyközségi Közös Tanács, Nagyecsed elnökéhez kell benyújtani.
Kocsis Miklós
 tanácselnök
 (359)

Budapest Főváros XXI. ker. Tanács Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézmény (1751 Budapest, XXI., Déli u. 11.) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet a Tüdőgondozó Intézetben nyugdíjazás folytán megüresedő gondozóintézet-vezető főorvosi állásra. Az állás elnyeréséhez tüdőgyógyász szakorvosi képesítés szükséges. Az illetmény megállapítása a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM—MÜM sz. együttes rendelet alapján történik. Az állás 1980. január 1-ével tölthető be.
Molnár Lajos dr.
 főigazgató főorvos h.
 az orvostudományok kandidátusa
 (360)

Budapest Főváros XXI. ker. Tanács Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézmény (1751 Budapest, XXI., Déli u. 11.) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet az intézet kórházi rtg. osztályán megüresedett adjunktusi, valamint a szakrendelés területén üresen levő rtg. szakorvosi állásra változó munkahellyel. Az illetmény megállapítása a kulcsszámnak megfelelően, a szakképzettség és szolgálati idő figyelembevételével történik.
Molnár Lajos dr.
 főigazgató főorvos h.
 az orvostudományok kandidátusa
 (361)

Budapest Főváros XXI. ker. Tanács Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézmény (1751 Budapest, XXI., Déli u. 11.) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet a kórház sebészeti osztályán megüresedett sebész szakorvosi állásra, változó munkahellyel. Képesítéstől függően alorvosi kinevezés is szóba jöhet. Pályázatot hirdet továbbá egy rheuma szakorvosi, egy tudógyógyász szakorvosi állásra. Az állások azonnal betölthetők. Illetmény megállapítása kulcsszámnak megfelelően, a szolgálati idő figyelembevételével történik.
Molnár Lajos dr.
 főigazgató főorvos h.
 az orvostudományok kandidátusa
 (362)

A Fővárosi XXI. ker. Tanács Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézmény (1751 Budapest, XXI., Déli u. 11.) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet a járóbeteg-ellátás területén nyugdíjazás folytán megüresedett laboratóriumi főorvosi állásra. A bérézés feltételeit a fennálló rendelkezések határozzák meg.
Molnár Lajos dr.
 főigazgató főorvos h.
 az orvostudományok kandidátusa
 (363)

Fővárosi IV. ker. Tanács IV—XV. ker. Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (1045 Budapest IV., Nyár u. 99.) pályázatot hirdet az intézet baleseti sebészeti osztályára-szakrendelésére 1 fő szakorvosi állásra. Szakorvosi képesítéssel, vagy hosszabb gyakorlati idővel rendelkezők pályázhatnak.
 Illetmény megállapítása a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM—MÜM sz. együttes rendelet alapján a szolgálati időnek és szakképítésnek megfelelően történik.
Marton Zoltán dr.
 főigazgató főorvos
 (364)

Rákóczi úti orvosi rendelőm felszerelés nélkül átadom. Érdeklődni „Telefonos” jellegre az Ifjúsági Lapkiadónál. 1065 Budapest, Révay u. 16.
 (365)

A máteszalkai városi Tanács egyesített egészségügyi intézményének igazgató főorvosa (Mátészalka, Sallai I. u. 2. sz. 4701) pályázatot hirdet a kórház—rendelőintézet röntgen osztályán 1979. szept. 1-én megüresedő osztályvezető főorvosi állásra.
 Illetmény a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM—MÜM sz. együttes rendeletben foglaltak szerint.
 Mellékállás vállalására lehetőség van. A pályázat elfogadásával kétszobás összkomfortos lakást biztosítunk.
 A szabályszerűen felszerelt pályázatot a szolgálati út betartásával, s megjelenéstől számított 30 napon belül a Mátészalkai városi Tanács egyesített egészségügyi intézmény igazgató főorvosa címére kell megküldeni.
Csiszár Gusztáv dr.
 igazgató főorvos
 (366)

Dunaújvárosi városi Tanács Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa (Dunaújváros, Korányi Sándor u. 4-6.) pályázatot hirdet a város területén két fő körzeti gyermekorvosi állásra. Illetmény a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM—MÜM sz. együttes rendelet szerint. Az állásokhoz lakást biztosítunk.

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 17 000 példányban
 A kiadásért felel Dr. Petrus György igazgató
 Telefon: 116-660

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál, a Posta hírlapüzletében és a Posta Központi Hírlap Irodánál (Budapest V., József nádor tér 1., Postacím: 1900 Budapest)
 közvetlenül vagy átutalási postautalványon, valamint átutalással a PKHI MNB 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámjára.
 Szerkesztőség: 1363 Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 325-109, ha nem felel: 327-530/135
 Előfizetési díj egy évre 432,— Ft, negyedévre 108,— Ft, egyes szám ára 9,— Ft



79.2560 Tipografika Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

INDEX: 25 674

ISSN 0030-6002

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:
ALFÖLDY ZOLTÁN DR.
BRAUN PÁL DR.
DARABOS PÁL DR.
ECKHARDT SÁNDOR DR.

FISCHER ANTAL DR.

FÜZI ISTVÁN DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR.
PETRI GÁBOR DR.
PETRÁNYI GYULA DR.
SZÁNTÓ GYÖRGY DR.

*

Felelős szerkesztő:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

Munkatársak:
PAPP MIKLÓS DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
BTAGE ZSUZSANNA DR.
WALSA RÓBERT DR.
BUDA BÉLA DR.
HONTI JÓZSEF DR.
VÉRTES LÁSZLÓ DR.

*

120. ÉVFOLYAM

*

39. SZÁM

*

1979. SZEPTEMBER 30.

TARTALOMJEGYZÉK

Kardos György dr.:
Alkohol-dependencia, elvonási szindróma,
„elvonó”-kezelés 2343

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Horváth Mária dr., Ónody Klára
és Gerő Sándor dr.:
Immunreakciók vizsgálata érbetegségekben 2351

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Kálló Kamill dr.:
Acut cytomegalovírus infectio eseteink 2359

THERAPIÁS KÖZLEMÉNYEK

Endre László dr., Nékám Kristóf dr.,
Osváth Pál dr., Nagy Mária dr.
és Uhl Károly dr.:
Wiscott-Aldrich-szindróma
transfer factorral történő
eredményes kezelése 2361

RITKA KÓRKÉPEK

Kómár József dr., Cziffer András dr.
és Szegvári Mária dr.:
Schönlein—Henoch-purpura
szövődményeként kialakult
iliacus alagút szindróma 2367

Nagy Attila dr., Baradnay Gyula dr.
és Pokorny Gyula dr.:
Öt ízben operált masszív
gastrointestinalis vérzés 2371

SZERKESZTŐSÉGI KÖZLEMÉNY

Felhívás Szerzőinkhez! 2373

Beszámolók, jegyzőkönyvek 2375

Folyóiratreferátumok 2377

Hírek 2393

Megjelent 2403

Előadások, ülések 2404

OVIDON[®] tablettá

ÖSSZETÉTEL: 1 tablettá 0,25 mg d-norgestrelt és 0,05 mg aethinyloestradiolumot tartalmaz.

HATÁS: Az OVIDON két komponensű, orálisan alkalmazható anticoncipiens, amely az ovuláció gátlásával hat. Optimálisan alacsony hatóanyag-tartalma miatt ritkán okoz mellékhatást, a szervezetet nem károsítja, a későbbi – már kívánt – terhességet nem befolyásolja.

JAVALLAT: Orális fogamzásgátlás.

ELLENJAVALLATOK: Hepatitis utáni állapotok, súlyos idiopathiás terhességi icterus és súlyos terhességi pruritus az anamnesisben, Dubin–Johnson- és Rotor-syndroma, májműködési zavarok, cholecystitis, thrombosis-készség, súlyos organikus szívbetegség, chronikus colitis, az endochrin mirigyek betegségei, malignus tumorok, elsősorban emlőcarcinoma, továbbá lactatio és intolerancia.

ALKALMAZÁS ÉS ADAGOLÁS: Az OVIDON tablettá szedését a menstruatio első napjától számított 5. napon kell elkezdni, és 21 napon át napi 1 tablettát kell azonos napszakban, lehetőleg este bevenni. Ezt követően 7 nap szünetet kell tartani, ami alatt menstruációszerű megvonásos vérzés jelentkezik. Függetlenül ennek bekövetkeztétől és tartamától az 1 hetes szünetet követő napon az újabb 21 napos kúra megkezdhető. A fenti adagolási mód mindaddig folytatható, amíg a terhesség megelőzése kívánatos. Rendszeres szedés esetén a fogamzásgátló hatás az 1 hetes tablettaszedési szünetre is kiterjed. Ha a tablettá bevétele egy napon elmarad, ezt legrövidebb időn belül pótolni kell. Nem tekinthető folyamatosnak az ovulációgátlás, ha a kúra folyamán 2 tablettá bevétele között 36 óránál hosszabb idő telik el. A kezelés során esetleg jelentkező enyhe, pecsételő vérzés nem indokolja a kúra megszakítását. Erősebb áttöréses vérzés esetén a tablettá szedését abba kell hagyni, és a vérzés 1. napjától számított 5. napon újabb 21 napos kúrát kell elkezdni. Az áttöréses és pecsételő vérzés jelentkezése az OVIDON-kúrák előrehaladtával csökken, majd rendszerint meg is szűnik. Functionalis vérzészavarok, középídős fájdalom, dysmenorrhoea esetén az OVIDON tablettá therapiás értékű.

MELLÉKHATÁSOK: A kúra kezdetén esetleg jelentkező gastrointestinalis tünetek, mellfeszülés, testsúlynövekedés a folyamatos kezelés során rendszerint csökkennek vagy megszűnnek. Varicositasban, epilepsiában, hypertoniában, depressióval járó psychiatriai körképekben, diabetes mellitusban a készítmény alkalmazása körültekintést igényel.

MEGJEGYZÉS: ✕ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS: 21 tablettá Térítési díj: 2,20 Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

Alkohol-dependencia, elvonási szindróma, „elvonó”-kezelés

Kardos György dr.

A szesz italok fogyasztása az utolsó húsz-harminc évben Európa-szerte nagymértékben fokozódott. Különösen az NDK-ban és Hollandiában, ahol több mint háromszorosára, valamint az NSZK-ban és Jugoszláviában, ahol közel háromszorosára emelkedett. Nálunk is aggasztó a fogyasztás mértéke, hiszen már 1975-ben átlépte a tíz litert (100%-os alkoholban megadva, évente és fejenként), míg az ötvenes években négy-öt liter volt. Ezzel, az NSZK-val együtt, „beléptünk” a tíz legtöbbet ivó ország közé, és „kiszorítottuk” onnan Angliát és Csehszlovákiát (15, 40, 49, 63).

Az alkoholisták száma összefügg a fogyasztás mértékével, amit sokáig tagadtunk, jöllehet a fogyasztás nagyságát csak hozzávetőlegesen ismerjük. Ti. azt tudjuk a kereskedelem és a vendéglátás adataiból, hogy évente mennyi ital fogy el, de ehhez egyfelől hozzá kellene adnunk az „ilyen-olyan háztájakon” termelt, főzött mennyiséget, másfelől le kellene vonnunk azt, amit a külföldiek ittak meg. A cirrhosis okozta mortalitásból, illetve az alkoholos pszichosisok meg az alkoholizmus miatt kezelésre kerülők számából sem lehet kiszámítani az alkoholisták pontos számát. A különböző epidemiológiai formulák csak óvatos becslésre jók, de így volt az ötvenes években is (!). Ezért annyit biztosra vehetünk, hogy ha a fogyasztás 20–25 év alatt a kétszeresére, míg a cirrhosis okozta halálozás közel a háromszorosára és a delirium tremens gyakorisága az ötszörösére nőtt, akkor az alkoholisták száma legalább kétszer annyi lehet, mint amennyire az ötvenes évek végén becsültük, azaz ma már kb. 160–180 000, ennél inkább több, mint kevesebb (6, 9, 21, 49).

Ez a szám a tulajdonképpen, azaz a *dependens* alkoholistákra vonatkozik. Az Egészségügyi Világszervezet (1979. január 1-ével) a „betegségek nemzetközi osztályozása” új kiadásában módosította, „pontosította” ezt a diagnózist (is). Ti. „eltűnt” az *alcoholismus*, amit Magnus Huss a XIX. század közepén jавallott a *dipsomania* és „*Trunksucht*” helyett, annak a körképnek a megjelölésére, amit mostantól *alkohol-dependentiának* kell neveznünk. Az új diagnosis tulajdonképpen semmiféle változást nem jelent, mert az *alcoholismus-betegség* lényege a múltban is az *alkohol-dependencia* volt. Eddig úgy határoztuk meg az alkoholistát (igaz, hogy nem a betegségét, hanem őt magát, a bete-

get), hogy az *alkoholista rendszeresen*, azaz minden esetben *mértéktelenül* iszik (ha iszik), mert az *ivást abbahagyni*, meg az *ivással felhagyni kép-telen*, éspedig az *ivás feletti kontroll elvesztése* és az *elvonási tünetek* miatt. Csakhogy „az *alcoholismus*” jelentése eltorzult, sőt hovatovább *kikö-zösítő értéktelét* vált (26, 28).

Ezért a WHO az alkohol-dependencia meghatározását azzal kezdi, hogy az *nem* valamiféle *társadalmi „bélyeg”*, hanem „*psychológiai és biológiai szempontból egyaránt valós jelenség*”, amely „*az alkohol okozta problémák és fogyatékoságok hal-mozódásával*” jár, mert az *ivás feletti kontroll gyengülése* miatt (nota bene, a sokat vitatott „*kontrollvesztést*” helyettesíti az „*impaired control*”!) az alkoholista mindig sokat iszik, és mindig iszik, mert az *elvonási tünetei* erre kényszerítik. Ugyanez áll egyébként az alkohol-dependenciát követő kategó-riára: a *drog-dependenciára*, minthogy azonos *pharmacológiai jelenségről* van szó (4, 17, 23, 36).

A *dependenciák* mellett az új ICD („*International Classification of Diseases*”) elkülöníti a *nem dependens abususok* csoportját, ahol a sok „*licit*” és „*illicit*” drog mellett szerepel *alkohol-abusus* is, magyarul: *iszákosság*. Ezt azért kell kiemelnünk, mert az ICD magyar kiadása csak „*gyógyszerfü-gőségi szindrómá*”-ról tud, holott a *Cannabis* vagy a *Technokol Rapid* „*nem licit*” drogok, azaz soha-sem szerezhetők be gyógyszerként. Az *abususok* elkülönítése azt jelenti, hogy a fogyasztók között vannak a többé-kevésbé „*konzolidált*”, azaz a rendszeres, ámbár mértéktartó fogyasztókon kívül olykor-sokszor visszaélők is, anélkül, hogy ők *dependens* fogyasztók volnának (21, 39, 63).

A két csoport elkülönítése nemcsak jogi (pl. igazságügyi orvosszakértői, közlekedésbiztonsági stb.) szempontból fontos és szükséges, hanem a *therapiás teendők* szemszögéből is. Az *alkoholban oldódó elvonási tünetek megjelenése szükséges és elégséges az alkohol-dependencia diagnózisához*, mert az „*alcoholismus-betegség*” többi ismérve eb-ből ered. Így például: a *dependens* ivónak nemcsak kora reggel, de éjszaka is kell inni, az *elvonási tü-netek megszüntetése* végett; sokat iszik, alig eszik, mert *anacid gastritise* és *hepatosisa* miatt *étvágya* sincsen; sok, idült *alkoholmérgezésre*, illetve azt tetéző *polycarentiás állapotra* valló *következmé-nyes betegsége* van stb. Ha a vizsgált személynek nincsenek *elvonási tünetei*, azaz *mánapossága* el-len sok vizet, tejet, limonádét, teát, jaffát stb. iszik és *viszolyog* a szesz italoktól, nemhogy arra szűnnének a panaszai... ezenkívül sem *belső-rvi*, sem *neurológiai eltérést* nem mutat, akkor *nem alkoholista* (!).

Ez esetben lehet a vizsgált személyt az *abu-susai* miatt tartós *abstinentiára inteni*, sőt *készte-teti* (akár *hipnózissal*, akár valamely *magatartás-módosító averziós kúrával*, legyen az *emeticum*, *la-xantia*, *suxamethonium* vagy „*elektrotechnika*”), majd a jó ideig tartó, pl. fél-egy-másfél éves *absti-nentia* után *szigorú temperanciára oktatni* (Inni csak otthon, étkezéshez szabad! Töményt soha, csak sört, vagy bort! Mindig családi körben és so-hasem naponta, azaz ha holnap iszom, akkor ma nem iszom, keveset sem! stb.). Ugyanakkor a de-

conditionálás alatt fel kell tárni az öt abususra szoktató társaslélektani „problémákat”, illetve az öt symptomás ususra és abususra készítő alapbajt, legyen az neurosis vagy psychopathia pl. ún. „*basic depressive character*”, illetve schizophrénia vagy családterápiát igénylő familiáris conflictus stb.

Ezzel szemben az *alkohol-dependencia* esetén *elengedhetetlen és első teendő az abstinencia beállítása, következetes fenntartása*, a beteget az ivástól *évekig* visszatartó módszerrel: Anticol-medicációval, Esperal-beültetéssel, karbimid, illetve cianamid származékok adásával „prolongált” gondozással, adequat psychotherapiás methodussal, esetleg munka-therapiás intézeti vagy betegotthoni „muszáj-abstinenciával” stb.

Alkohol-dependencia esetén a deterrens-medicatio nyílt és/vagy larvált módszereit hosszú ideig kell folytatnunk. A nálunk szokásos tanács szerint „az Anticolt lehet szedni 12 vagy 22 évig is, de két évig minden áldott nap be kell venni... aki ennek az ellenkezőjét állítja, vagy azt mondja, hogy ő enélkül is tud józanul élni, az hazudik és inni akar!.. (20, 22, 24, 27, 31).

Mind az irodalmi adatok, mind a saját katamnesztikus vizsgálataink azt mutatják, hogy a *recidivák száma kétévi abstinencia után nem éri el a 10%-ot!* Ezért olyan fontos a kórházi kezelést követő, legalább két évig tartó, teljes abstinencia. S ha a visszaesés mégis előfordulna, akkor ez a végleges „életfogytiglani alkoholmentes diéta” szükségességét jelenti (25—27, 68).

Célszerű a dependens alkoholistákat „kettős” elvonó, pontosabban: leszoktató kezelésben részesítenünk, mert az averziós kezelésekkal, akár hipnózissal, akár apomorfin kúrával elháríthatjuk a korai recidivákat, míg a deterrens szerekkel kivédhetjük a későbbi visszaeséseket (20, 26, 50).

Arra mindig kell számítanunk, hogy a betegségbelátással és együttműködési készséggel rendelkező, kezelésüket önkéntesen kérő vagy annak a szükségességét egy-két heti abstinencia után elfogadó alkoholisták nagy része nem az első félévben, hanem főként a második vagy (kevesebben!) a harmadik-negyedik félévben esik vissza. Más szóval, az alkoholisták *gyógyulása nem azon a kevéske kórházi ágyon múlik, ahol az elvonásuk megtörténik, és az abstinenciájuk „beállítódik”, hanem a gondozókra hárul, vagy hárulna.* Jelenleg a férfi elmeágyak 40%-án alkoholistákat kezelünk *két-három hétig (!), az alkoholgondozók „kapacitása” még szűkösebb.* Jóllehet az alkoholisták utókezelése, illetve *tulajdonképpen kezelése: abstinenciájuk fenntartása, következményes és társbetegségeik ellátása* (a dementia alcoholicától a cardiopathia alcoholicáig), személyiségük recreatiója, valamint a resocialisációjuk és rehabilitációjuk megoldása mind-mind *a gondozóintézetekre hárul, és fog hárulni, még nagyon sokáig.* Ti. elegendő kórházi ágyunk belátható időn belül nem lesz, hiszen ha minden alkoholistát háromévenként egyszer, három-négy hétig tartó kezelésben akarnánk részesíteni, ahhoz máris 4000 speciális ágy volna szükséges. A fő probléma mégsem az ágyhiány, hanem a „kaderhiány”, vagyis az alkoholisták ke-

zelésére és gondozására alkalmas, szakképzett és e munkára „kapható” orvosok, pszichológusok, „social-worker”-ek, sőt, ápolók és asszisztensek hiánya. Mindez érthető, hiszen az *elmeorvoslás hazánkban mindig „négermunka” volt, és még a „feketék” között is utolsó előtti munkakörnek számított az alkoholisták „orvoslása”.*

Manapság (és ez így lesz még sokáig!) az elvonáson átesett és abstinenciára beállított alkoholistáink szociális kiközösítését és „lefokozását”, az inkább visszaesésre, mint józanságra készítő társaslélektani constellációját csak az „orvosolhatja”, hogy *ha sikerül őket a kórházi kezelés alatt vagy után beágyaznunk egy gyógyító közösségbe, azaz therapiás klubba.* Itt egyfelől „konkrét segítséget” pl. átmeneti szállást és munkát is kaphatnak, másfelől olyan új barátokra és bajtársakra lelhetnek, akikben önmaguk jobbik, „felettes mását” látva, s tőlük támogatva tehetik meg a gyógyuláshoz vezető hosszú út sok-sok kis lépését. Anélkül, hogy a véletlenre bízánk, hogy milyen találkozások merre terelik őket az elbocsátás után, vajon a körülményeik a remissio vagy a recidiva felé viszik-e őket stb., illetve „átszállnak-e valami másra”, pl. barbiturátokra, tranquillánsokra (főleg Seduxenre, Andaxinra), „elmerengetőkre” (leggyakrabban Eunocinra, Noxyronra) vagy sem. Elég sok esetben az történik, hogy az abstinenciához pár hónapig ragaszkodó alkoholista „rátér” a nyugtatók és altatók lassacskán emelkedő, rendszeres fogyasztására — azután visszatér az iváshoz is, és *polytoxicomaniás, aszociális vagy antiszociális „rokkant-tá” válik.* Mindebben a *kereszt-dependencia* és a *psychotherapia* hiányát „áthidaló”, *iatrogén receptívra*, valamint a *gyógyszerek szabad forgalma* is támogatja őket, hiszen manapság ki-ki annyi gyógyszert vásárol, ahány patikát talál. Más szóval, a *fogyasztói szokások, „szükségletek” alakulása és divatja*, sőt hovatovább a *szociális normák* is az abstinenciára szoruló és arra épp hogy beállított alkoholisták gyógyulása ellen „dolgoznak” (5, 9, 26, 49, 52).

Az eddigieket röviden összegezve: A *rendszeres és mértéktelenkedő italfogyasztás: az iszákosság még nem alkohol-dependencia* jellemezte alcoholismus-betegség, „csak” *társaslélektani körülmények által indukált szokás, vagy kórlélektani alapbajra visszavezethető symptoma* (kvázi „ellentünet”), vagy mind a kettő. Az iszákosok nagy része iszákos marad, csak egy részük válik alkoholistává. A selectiót öröklött vagy szerzett kóreléttani dispositio okozza. A pathoplasticus „fordulat” lényege: az alkohol-dependencia kialakulása. A *dependens alkoholisták teljes és tartós, vagy végleges abstinenciára szorulnak.* Enélkül sem a psychotherapiás megközelítésük, sem a következményes betegségeik megoldása, sem a rehabilitációjuk nem lehetséges. A *dependens alkoholisták kezelését* az alkohol elvonásával, az elvonási syndroma elhárításával (l. alább), majd az abstinencia komplex beállításával, ezért *mindig kórházban, és pedig zárt osztályon kell kezdenünk.* Az „open door” sok elmebetegnek való, de alkohol- és drog-dependens betegnek nem (!). A *habitualis és symptomás abususokban szenvedő, neuroticus és psychotikus iszákos-*

sok kezelése ambulanter is lehetséges, ha szükséges és indokolt. Az első és elengedhetetlen „indok” az, ha a páciens kéri a kezelést, azaz nem a deviáns utat választja, hanem változtatni akar az esetleg alkohol-dependencia felé vivő életmódján stb. Ez esetben is nyilvánvaló azonban, hogy az alkohol elvonása önmagában senkit sem gyógyít meg, csak megteremt a gyógyulás és a „célzott” kezelés előfeltételeit.

Itt ki kell térnünk még egy eltorzult jelentésű szóra. Ilyen volt „az” alkoholizmus is, amit ki-ki úgy értelmezett, ahogy a szakmai képzettsége, világnézeti beállítottsága és előítéletei stb. determinálták, ámbár azt hitte, hogy a „saját nézeteit” hangoztatja (minthogy nálunk mindenki „ért” a futballhoz és az „alkohol-kérdéshez”!). Ez a szó: az elvonó kezelés. Ha valaki az irodalomban a megfelelőjét keresi, nem találja. Csak azt látja, hogy az alkoholistákat mindenütt kezelik, a detoxikálásuk meg az alkohol megvonása és az így előidézett elvonási tünetegyüttes ellátása, megoldása után. A németben van „Entziehung”, de jelenti az alkohol elvonását meg az ezzel járó, várható és váratlan szövdmények és kísérő betegségek megelőzését és megszüntetését, amit majd követ a többi teendő, mindenekelőtt a beteg leszoktatása az ivásról („Entwöhnungstherapie”).

A leszoktatás történhetik egyéni és csoportos psychotherapiás módszerekkel, melyek közül nálunk csak az „apomorfin kúra” terjedt el. Kár, hogy kialakult egy „magyar módi”-ja is, ti. a hente két-három ízben, összesen 12-szer „letudott” hánytatás. Ezt nevezzük „befejezett elvonó kezelés”-nek (!), jöllehet e therapiás kezelés célja: *aversio* (kvázi undorreflex) az ivással szemben, tehát *addig kellene folytatnunk a kezelést, amíg az ital elfogyasztása azonnali hányást nem okoz*. Az *aversio* az egyik betegen kialakulhat egy héten belül, míg a másik betegen 30 vagy 60 „ismétlést” igényel. Ezenkívül azt is tudjuk, hogy ha egy, feltételes reflexszerűen kidolgozott „szoktatást”, kondicionálást végzünk, akkor annál lassabban érünk célra, minél ritkábban csináljuk a gyakorlatokat, és annál gyorsabban kialakult a reflexszerű stereotípiá, minél sűrűbben végezzük az ismétléseket. Ebből következik az, amire már 1961-ben rámutattam, hogy az *aversio* kúrákat kórházban kellene végeznünk, úgy, ahogy ez világszerte történik (5, 7, 20, 50).

Ez esetben megoldható az apomorfin vagy az emetin naponta többszöri adása, az individuálisan „kititrált” minimális, subemeticus adagban. A vödör köré kurgó vagy közös „vályúba” hajló betegek hánytatása fölösleges. Ez a vezeklésre kényszerítő és dühítő helyzet többnyire csak ellenállást és lázongást okoz. A betegek az első egy-két hétben sokat gondolnak az ivásra, tehát elegendő prolongált émelegéssel „társítanunk” az ügyis meglevő, ivás iránti „óhajt”.

Ha a forgalomban levő apomorfin ampullákat fiziológias konyhasóoldattal a tízszerezésre hígítjuk, s ebből az oldatból 0,5–0,7 ml-rel kezdve, majd injectióról injectióra haladva mindig 0,1 ml-rel emeljük az adagot, akkor rendszerint 0,8–1,2 ml lesz az a subemeticus dosis, ami émelegést és álmoságot okoz. A legtöbb

beteg alvásban „keres menedéket” a rossz közérzet ellen, tehát az apomorfin kis adagjai a nappali „csend-kúrát” is biztosítják. Az egyes dosisokat nemigen emeljük a fönti adag fölé, legfeljebb emetint adunk hozzá. A szokásos 1,0 ml-es 5%-os oldatot ugyancsak a tízszerezésre hígítjuk, és abból veszünk 0,1–0,2 ml-nyit. Délben kevesebbet adunk, mint reggel, mert ebéd után a subemeticus adag is hányást okozhat. Minthogy pedig a betegek „kíváncsiak”, sokan megkíséreltek inni a harmadik héten (betegeink a harmadik hét végétől minden hétvégét otthon tölthetik), és a hányás nagyon sok esetben — ha nem is minden betegen — föllépett, még psychotikus alkoholistáinkon is. Sőt nem-egyszer szabálysértéssel járt, ti. az italbolti hányást akkor is büntetik, ha azt az első stampedli okozza.

A közutálatnak „örvendő” és methodikailag is elhibázott „vödörkúráknál” sokkalta egyszerűbb, „orvosibb” és hatékonyabb ez az eljárás, melynek a második felében p. o. medicatióra, azaz apomorfin + emetint + kalium stibiotart.-ot tartalmazó pilulákra térhetünk át. „Komplettálható” a diszulfiram beállításával, azért, hogy a kezelés negyedik hetében a demonstratív, jórészt „tancélos” iváspróba megtörténhessék, nyolc-tíz kezeltből és tíz-húsz nézőből álló csoportban a több helyütt leírt módon (6, 7, 20, 22, 27, 66).

A diszulfiram ambuláns beállításán, az iváspróba gondozói elvégzésén, vagy a kockázatát nem vállaló elmondásán stb. lehet vitatkozni, de az *aversio* kúra ambuláns lejárata nem (!). Az lehetséges, hogy sok, nem dependens, csak „visszaélő” *neuroticus*, *psychopata*, *depressiós* stb. „fogyasztó” gondozóintézetben is kezelhető, adequat psychotherapiás és psychotrop gyógyszeres kezeléssel, Anticol-beállítással, vagy anélkül. Még egy „*imminens*” *dependencia* is kezelhető így, hiszen az alkohol-dependencia nem egyik napról a másikra virradó éjszaka „tör ki”, hanem lassan, lappangva, progrediálva válik teljessé. Ezért van az, hogy az ún. *kritikus* fázisban (18) levő beteg mindennapos ivóból periodikusan mértéktelen, azaz pseudo-dipsomaniás ivóvá válik. Ti. mindig sokat iszik, ha iszik — ezért darab ideig nem mer inni, azután reméli, hogy ha jobban odafigyel, akkor nem lesz baj, „tehát” iszik, de megint részegen vetődik haza, nem is tudja, hogyan — ezért megint nem mer inni stb. Eleinte ugyanez csak egyszer-egyszer következik be, mert az ivás fölötti kontroll valóban nem vész el, hanem kiálszik, „meghibásodik”, lassacskán tönkremegy. Ezt a kezdeti, „ki-kihagyó” kontroll jellemezte fázist nevezzük *Jellinek* nyomán (18, 27, 66) *prodromális* fázisnak. Nos, lehetséges, hogy a *prodromális* és a *kritikus* fázisban levő dependens alkoholisták is kezelhetők ambulanter, de nem a „magyar módi” szerint, azaz nem tucat apomorfin injectióval (!). A dependens alkoholisták csak kórházban vonhatók el az alkoholtól, ámbár a gyógyulásuk nem ettől, hanem az évekig tartó utókezelésüktől és szocio-psychotherapiás gondozásuktól függ, amire *Angyal és mtsai* már az 50-es évek elején rámutattak (6, 26).

Láttuk, hogy a prognózis és a *therapia* szemszögéből is döntő fontosságú *elvonási tünetektől* függ az *abusus* és a *dependencia* közti differential-diagnózis is. De anélkül nem térhetünk rá az elvo-

nási szindrómára, hogy ne érintenénk az alkohol-dependencia pathogenesist és az organikus psychosyndromákkal való correlációját.

Az utolsó tíz évben derült ki, hogy mindebben kulcsszerepet játszik az acetaldehid, az etilalkohol első lebontási terméke. (Nota bene. a szeszes italok nemcsak etilalkoholt, hanem metilalkoholt, más alkoholokat, aromás illóanyagokat, sőt „illegális” szennyananyagokat is tartalmaznak, például a zúzott magokkal együtt főzött cseresznye ciánvegyületeket!).

Az acetaldehid a neurotransmitter biogén aminokkal, főként a dopaminnal és metabolitjaival olyan kondenzációs termékeket hoz létre, mint a tetrahydroisoquinolin, a tetrahidropapaverolin stb., és pedig sok acetaldehid esetén nagyobb mennyiségben. Ezek a dopamin származékok „fals” transzmitterekként megcsúsznak a dopaminerg és adrenerg synapto-receptorokat, ezenkívül — vagy talán éppen ezért — olyan kielégüléshez „Lust-Premium”-hoz juttatják a fogyasztók egy részét, amely az ő számukra az újabb fogyasztást mint szerfölött kellemes „önkísérletet” különösen kívánatosá teheti. A típusos, három alkoholdehidrogenáz helyett négy (vagy öt) isoenzimmel rendelkező személyek rövidebb idő alatt több acetaldehidet tudnak előállítani az alkoholból. Más szóval, az alkoholt gyorsabban bontják le acetaldehiddé, de az fölhalmozódik a vérükben, mert aldehyddehidrogenázból többletkészletük nincsen. Ezért egyfelől jól bírják az ivást, jobban, mint a normál többség, másfelől sok endogén opiát-alkaloidát termelnek, a saját, „külön” gyönyörűségükre. Ezért mind többször és mind többet isznak... majd rendszeresen sokat isznak... hovatovább rosszul érzik magukat az ivás után pár órával (azaz ébredéskor!), és most már a kínos discomfort állapot megszüntetésére (azaz kora reggel) is inni „kénytelenek”. Ti. veleszületett anyagcsere-eléréseik (Kurt Schneider régebbi keletű feltevését idézve: „Stoffwechsel-Missbildungen”), (47) miatt alkohol-addictióra és dependentiára disponált „jelöltek” voltak (11, 23, 43, 51, 60—62).

Más szempontból is drága árat fizetnek a magas alkoholtoleranciát biztosító dehidrogenáz-többletért. Ti. az acetaldehid sokkal „gonoszabb” sejt-méreg mint az etilalkohol. Például szövetkultúrában az alkohol olyan magas koncentrációban sem okoz chromosoma-károsodást, amely „in vivo” esetleg halálos részegséget okozna, míg az acetaldehid már nyomokban, azaz néhány mcg-nyi koncentrációban is különböző chromosoma-laesiókat okozhat (58, 59).

Az utóbbi években sok szó esett a foetalis alkohol szindrómáról, vagy embryopathica alkoholicáról, nálunk Korányi írta le elsőként (37). Alkoholista vagy iszákos nők gyermekein fordul elő, ha a kismamák a terhesség alatt, főként az első trimesterben „iszogatnak”. Ha nem isznak, akkor egy, vagy több sérült magzat után is egészséges gyermeket szülhetnek. A szindróma lényege: kis születési súly (rendes időre), microcephalia, dysostosis cranii prec. faciei, intellectualis (olykor általános) retardatio, valamint — ritkábban — septum defectus, klino-, kampo-, syndactylia stb. (8, 19,

38). Egyesek, pl. Véghelyi és mtsai (58, 59) az acetaldehidet teszik felelőssé a foetalis alkohol szindrómáért. Mások ugyanígy vélekednek a cirrhosira „selectáló” zsírmáj-hepatitisről, valamint a leggyakoribb belsérvi szövődménynek tekinthető cardiopathia alcoholicáról (2, 4, 5, 43, 57). S feltehetően ugyanez áll az alkoholos psychosyndromáira is.

Az alkohol-betegek organikus psychosyndromái lehetnek primaerek és secundaerek. A primaer psychosyndromák: acutak, reversibilisek, az alkohollal szoros és közvetlen összefüggésbe hozhatók. Ide tartoznak 1. a típusos, atípusos és pathológias részegségek, 2. valamint a súlyos intoxicációk utáni elvonási szindrómák, amelyek lehetnek a) vegetatív, emotionalis és hyperaesthesiás tünetekkel járó „praedeliriosus” szindrómák, b) ezekhez epilepsziás rohamok vagy epizodikus hallucinációk, illetve nem deliriosus, hanem amentiformis, maniformis, paranoid, depressív stb., ún. symptomás psychosizisok társulhatnak, c) sőt mindezeket delirium tremens válthatja fel (3, 13, 35, 44, 67). A secundaer psychosyndromák: chronicusak (akkor is idült lefolyásúak, ha acutan kezdődnek), irreversibilisek (vagy csak részben reversibilisek), és egyéb, kopathogen „faktorokkal” is kapcsolatba hozhatók, ilyenek pl. a traumák, vagyis a commotiók és contusiók, valamint az „accelerált” cerebrosclerosis, a polycaren-tiás táplálkozási állapotok, a „paratoxicus” tényezők, amilyen az idült nikotinmérgezés, vagy a májelégtelenséggel járó hyperammoniaemia, és így tovább. Ide tartozik: a chronicus mentális regressio, a polyneuropathia, az epilepsia „alcoholica”, az atrophia cerebelli, a centrális pontin myelinolysis, a Korszakov-, Wernicke-, Marchiafava-Bignami-szindróma. Mindezek az agy diffúz és multifocalis laesióira vezethetők vissza, amiben a vér-agy és vér-liquor gátak, azaz a kamrák és az arteriolák endothel „bélése” vezető szerepet játszik. Ti. minden acut részegségben bekövetkező vasodilatatio során a gátak fokozott permeabilitása miatt az etilalkohollal, metilalkohollal, acetaldehiddel stb. szennyezett serum „kiárad” a perivascularis és periventricularis „mezőre”, a sejtek és velőshüvelyek károsodását, majd pusztulását okozva. Mindezt perivascularis oedema, infiltratio és vérzések kísérik, majd gliosis követi, főként a kamrák és az aqueductus körül, a kéregben, a thalamusban, a cerebellumban és az agytörzsben. A különböző „korú”, fókú és lokalizációjú gócok különböző kombinációi teszik individuálissá a histopathológiai szempontból „uniformis” alkoholos encephalopathia klinikai képét. (Nota bene, a külön-külön névvel illetett encephalopathiás szindrómák „unitárius” koncepcióját a hatvanas évek elején, elsőként Tariska, illetve Seitelberger fejtette ki, egymástól függetlenül (10, 29, 34, 52—55, 66).

A mindennapi gyakorlat szemszögéből a legfontosabb a chronicus mentális regressio, az emlékezési funkciók, az érdeklődés, a felfogás és a tanulmányosság romlásával, azaz dementiával, valamint emotionális labilitással és incontinentiával, más szóval: accelerált involutióval. A saját 300 nem selectált esetet felölelő vizsgálataink szerint a huszonévesek 26%-ában, a harmincévesek 41%-ában és a negyvenévesek 67%-ában kimutatható a mentális regressio (29, 34). S ez okozza a betegségbelátás hiányát, a kritikátlan önsorsrontó élet-„vezetést”, a kezeléssel szembeni ellenállást, illetve az együttműködési gyengeséget stb.

Az alkoholisták therapiás befolyásolhatósága pedig jórészt attól függ, hogy a mentális regressio remissióját sikerül-e elősegítenünk, elérnünk — vagy kívánnunk, pl. hosszú ideig tartó hospitalizációval. Ez utóbbi, vagyis a régi, „konzervatív” út

nem járható, mert ahhoz sok-sok ezer kórházi ágy kellene. Marad a másik út, az *activ therapia* útja: *négy-hat hetes kórházi kezelés*, főként somatothériapiával, aversió és deterrens pharmacothériapiával, az utókezelés „stratégiájának” a megszervezésével, majd *évekig tartó gondozás, betegvezetés és recreatív socio-psychotherapia*. Igaz, hogy ez idő szerint ehhez is kevesen vagyunk (nemcsak a kórházi ágyak és a gondozói órák száma elégtelen!). Ezért kell minduntalan kiemelnünk, hogy a jelen „szükségállapot” öngondozó klub-therapia és önformáló therapiás közösség nélkül megghiúsíthatja az elvonó kezelések eredményességét, még az „önkéntesek” többségében is (20—22, 26).

Az alkohol elvonása *dependens betegeken* kóros tünetek keltésével jár (nem dependens fogyasztókon nem!). Azt is említettük már, hogy a primaer psychosyndromák szoros és közvetlen kapcsolatban állnak az alkohollal, akár azért, mert a beteg előtte sokat ivott, akár azért, mert azután meg nem ivott (pontosabban: azért is, meg ezért is!) Az „elvonás” úgy értendő, hogy az utolsó „dosis” bevétele után eltelt öt-tíz vagy több óra... más szóval, a másnapos „*Katzenjammer*” is elvonási syndroma, ha az alábbi tünetekkel jár, és alkoholban (két-három „feles”-ben vagy korsóban) „oldódik”.

Az alkoholelvonási syndroma I. szakaszát *hyperaesthesiás-vegetatív-emotionalis tünetegyüttes* jellemzi, főként *gastrointestinalis* tünetekkel (étvágytalanság, émelygés, hányinger, hányás, meteorismus, hasmenés stb.), *motoros zavarokkal* (tremor, tonusos „tetanoid” izomgörcsök, többnyire crampusok stb.), *neuropsychiatriai panaszokkal* (érzékenységi, ingerlékenységi — érzékszervi ingerek iránt is, ijedősségi, lehangoltság, rossz közérzet, feszültség, robbanékonyság, főként somatogén szorongások stb.), valamint *cardiovascularis és vegetatív tünetekkel* (izzadákonyság, verejtékezés, vérnyomásemelkedés, hőemelkedés, szapora szív működés, szív táji fájdalmak, inkább hyperglycaemia mint hypoglycaemia — bár az utóbbi ismertebb stb.).

Ez a praepsychotikus, I. szakasz átmehet a II. vagy ún. *praedeliriosus* átmeneti szakaszba („*Durchgangssyndrom*”), amely a felsorolt tünetek súlyosabb és számosabb fölléptével jár, ezeket epizodikus hallucinációk vagy epilepsziás roham(ok), illetve paranoid, hypomaniás, depressív vagy amentiformis izgatottság stb. súlyosbíthatják.

Mind a II., mind az I. szakaszt vagy syndromát fölválthatja a III. elvonási syndroma: a *delirium tremens*.

Sokan és sokáig vitatták az alkoholelvonási tünetek pusztá létét is, ámbár az addictiók és a dependentiák kórélettani, biokémiai, farmakológiai „természetéből” és törvényszerű lefolyásából az elvonási syndroma nyilvánvalóan következik. Victor és Adams mutatta ki elsőként (1953), hitelt érdemlően, nagy beteganyagban, hogy a „valódi”, azaz dependens alkoholistáknak hat-hét órával az intoxicatio után az elvonási tünetek megszüntetésére kell inniuk (3, 13, 18). Megfigyeléseiket Isbell és mtsai (16, 17) normál kísérleti személyeken (48—87 napos „szerződéses” ivászat után), Mendelson

és mtsai (41, 42) alkoholistákon (ugyanúgy) igazolták. Kiderült, hogy napi egy liter wiskyvel prolongált részegség után, az alkohol elvonására mindig elvonási tünetek lépnek fel (nem alkoholistákon is!), melyek az esetek egy (kisebbik) részében abortív delíriummal és epilepsziás rohammal járhatnak, az esetek kb. kétharmadában enélkül zajlanak le, egy-két nap alatt. Ellie és Pick (1970), akiknek mind a dependentiát, mind az elvonási synromát sikerült reprodukálniuk rhesus majmokon, azt is kimutatták, hogy az elvonási syndroma súlyossága nem az „iszákosság” tartalmától, hanem az agyvelőnek az elvonást megelőző alkoholtartalmától függ. Mindezek egybevágóan azokkal a régi és általános klinikai tapasztalatokkal, hogy az alkoholisták elvonási syndromái annál súlyosabbak, minél többet ittak az elvonás előtt. De a fölléptükhöz a betegeknek inniuk is kell, nem inniuk is kell (!). Jól tudják ezt a praedeliriosus kórokat, ijesztő álmokat és „élményeket” félő pácienseink is. Ezért készítenek az ágy mellé éjszakára is „ellenszert”.

A fentieket még egy irodalmi adattal szeretném illusztrálni. A stockholmi „*Beckomberga*” Kórházban 1956-tól 1961-ig 1907 alkalommal vettek fel 1026 alkoholista beteget (44). A fölvételi állapotképek háromféle formát öltöttek. Az esetek többségét (921) remegés, szorongás, izzadás, tachycardia, depressio stb. jellemezte (v. ö. fenti „hyperaesthesiás-vegetatív” syndromával), amihez „olykor” (419) praedeliriosus syndroma, máskor (567) delirium tremens szövődött (117 esetben epilepsziás rohamot is észleltek). Az első két syndroma az elvonás első 24 órájában alakult ki, míg a delirium többnyire a második-harmadik napon jött létre (nem ritkán csak a negyedik-hatodik napra bomlott ki). Ki kell emelnünk, az alábbiak kedvéért is, hogy az 567 delirium tremenses betegnek csak a 2,6 százalékát vesztették el. A halált minden esetben degeneratív *cardiopathia alcoholica* és *acut keringési elégtelenség* okozta.

Ami ezek után az elvonási syndromák therapiáját illeti, irányelveinket és gyakorlati teendőinket a következőképpen lehet összefoglalni:

Könnyebb a delíriumot megelőzni mint gyógyítani, vagy túlélni. Ezért sohase várjuk meg a delirium tremens „teljes kialakulását”, hanem igyekezzünk az alkoholelvonási syndromát, nevezetesen a delíriumhoz vezető, vagy azzal fenyegető *pluricausalis circulus vitiosus* megállítani:

1. a szív működés és a keringés azonnali védelme, állandó megfigyelése, sz. e. támogatása mellett (*nota bene*, „első parancsolatnak” tartjuk azt, hogy *imminens delirium esetén nem lehet a strophantint elég korán adni!*)

2. A só- és vízháztartás zavarainak a „célzott” correctióján kívül megjegyzendő, hogy a hypokalaemia és a hypomagnesaemia olyan szabályszerűen kíséri az egy-két napja már nem is táplálkozó „elvonások” dehidrációját, hogy a K-mal és Mg-mal „komplettált”, pár liter, inkább citromos mint cukros tea adása „ab ovo”, azaz már a fölvételtől indokolt!

3. Meg kell előznünk vagy meg kell szüntetnünk a kimerítő psychomotoros agitációt, éspedig a megfelelő szerrel, azaz olyannal, amely az adott izgalmi állapot súlyosságához illően és gyorsan hat,

de nem okoz semmiféle „kárt”. Tehát nem adhatunk olyat, amely hepatotoxicus lehet, rontja a keringést, fokozhatja a delíriumot, légzés-depressiót okozhat, és így tovább. Ezért *nem adhatunk* chlorpromazint (Hibernal) levomeprazint (Tisercin), thioridazint (Melleril), amitryptilint (Teperin), barbiturátokat, scopolamint. Nincs értelme a nem sedatív psychotrop szereknek, különösen a már kialakult, imminens delíriumok esetén. Ti. mire a beteg pl. a Haloperidoltól vagy a Frenolontól megnyugodna, és elaludna, akkorra meghalhat... Veszélyes a diazepam (Seduxen) is, mert súlyos nyugtalanság esetén túl sokat kell adni belőle, s az imént még nyugtalan beteg comatosus állapotba eshet.

Súlyos esetekben chlormethiazolt (*Hemineurin*) kell adnunk, mert parenteralisan is adható (az alábbiak sajnos nem!), akár iv. injectióban (igen lassan!), akár infúzióban. Biztosítja a kontaktusképtelen, zavart, izgatott beteg megnyugvását és elalvását, kivédi vagy megszünteti az epilepsziás rohamait, nem okoz tensio-esést, keringési és légzési depressiót, toxicus májkárosodást stb., ámbár subintenzív „vigyázást” igényel a *Hemineurin*, mert általános secretió-fokozódással jár (könnnyál, gyomornedv stb.), olykor szinte bronchorhoeát okoz, ami cor pulm. chron. decomp. esetén tüdő-oedemához vezethet. Haemolyticus reakciót is okozhat (icterus, anaemia, anuria!), igen ritkán, ami bizonyítva *pharmacogenetikai* szövödménynek tekinthető és más gyógyszereknél is előfordul (24, 43, 51). Ugyanakkor a delirium tremens terápiáját a *Hemineurin* megoldotta. A közelmúltban még 10–20%-os mortalitását 1–2%-ra csökkentette (12, 14, 24, 45, 46), és a delirálók életben is, „fékken” is tartását egy-két napos, belgyógyászati jellegű kezeléssé változtatta. Amit a strophantinról, illetve a só- és vízháztartás rendezéséről és a társbetegségek ellátásáról már említettünk, azt a chlormethiazol adása sem helyettesíti (!).

Középsúlyos esetekben, vagyis amíg a beteggel kapcsolat teremthető, legalább annyi, hogy a gyógyszer bevegje, adhatunk a chlormethiazol tablettát vagy capsulát (*Hemineurin*, *Distraneurin* stb.) helyett meprobamatot (*Andaxin*) is, az első-második napon 3–6 óránként 4–6 tablettát (naponta 3–6000 mg-ot), majd 3–4×4–3–2 tablettát kb. egy héti. *Enyhe* esetben, azaz a kezdeti „hyperaesthesiás-emotionális-vegetatív” *syndroma* esetén, vagyis *elvonásaink többségében* adhatunk tofizepamot (*Grandaxin*) is, 3×4–3–2 tablettát, éjszakára Eunocin-nal és Andaxinnal kombinálva, mert a tofizepam nem „álmosít”. Ámbár az elvonás emotionális és vegetatív tüneteit megszünteti, és ez a megkönnyebbülés „el is álmosíthatja” a betegek egy részét (ezért az esti 3–4 Andaxin + 1 Eunocin „kiegészítést” csak szükség esetén adjuk).

Az első napokban, betegeink többé-kevésbé súlyos hypovitaminosis miatt, egyesek szerint a delirium profilaxisa miatt is, célszerű vitamint is adni: 2–3 ampulla B₁-, B₆-, Polyb₆, C-vitamint stb. Meggyorsítja az elvonási tünetek remiszióját, valamint az étvágy és a táplálkozás helyreállítását, ami a napi több liter, K-mal és Mg-mal

komplettált, sós tea elfogyasztása miatt is fontos (13, 27, 50).

Összegezve: az elvonási tünetek megoldása nélkül a dependens alkoholistáktól az alkohol nem vonható el. Ezen bukik meg az ambuláns „apomorfín kúrák” többsége, s ez teszi sok gondozó-szakrendelés munkáját „rutinos”, de meddő időtöltéssé. A dependentia prodromális és kritikus fázisában levő iszákosok kezelését is az elvonási tünetek megelőzésével vagy csökkentésével kell(ene) kezdenünk (pl. hétvégén, otthoni ápolásban, legalább egy vitamin-„koktél” után Grandaxinnal vagy Andaxinnal, rehidrációval: l. m. f.). Ha az *abstinencia beállítása otthon néhány napra sem sikerül, ne kísérletezzünk vele* másodszor, vagy többször, hiszen kórházban könnyebb az abstinenciát beállítani: az esetek többségében több-kevesebb Grandaxinnal vagy Andaxinnal, só-, víz- és vitaminpótlással, olykor Hemineurinnal. Ha ezek egyike sem állna rendelkezésünkre, ami gyakorlatilag alig fordulhat elő, akkor inkább térjünk vissza a régi paraldehyddal dathoz (!), mint hogy más psycholepticumhoz folyamodjunk. Azok egyike sem jelent előnyt a kiemelt három szerrel (chlormethiazol, meprobamat, tofizepam) szemben. Sőt egyéb psycholepticumok többnyire csak olyan adagban hatékonyak, amely a cardiopathia alcoholicában, korai coronariasclerosisban stb. is szenvedő alkoholistáinkon súlyos szövödményekhez vezethet. Az elvonási tünetek kezelése a delírium megelőzését, megjelenésük az alkohol-dependencia diagnózisát jelenti, fölismerésük biztosítja az adequat terápiás teendők fölismerését is.

IRODALOM: 1. A. A.: *Alcoholics Anonymous*. Publ. A. A., N. Y. 1955. — 2. *Alcohol and Alcoholism* szerk.: Popham, R. E., Publ. ARF by Univ. Press, Torontó, 1970. — 3. *Alcohol Intoxication and Withdrawal. Experimental Studies I–II*. Szerk.: Gross, M. M., Plenum Press, N. Y. 1973 és 1975. — 4. *Alcohol Related Disabilities*. Szerk.: Edwards, G., Gross, M. M., Keller, M., Moser, J., Room, R. WHO, Genf, 1977. — 5. *Alkoholfogyasztás és alkoholizmus*. Szerk.: Météneki János, Medicina, Budapest, 1970. — 6. *Angyal L. és mtsai*: Orv. Hetil. 1952, 93, 861. — 7. *Arbeitstagung über Alkoholismus*. Szerk.: Kryspin-Exner, K. Romayer, Wien, 1962. — 8. *Bierich, J. R., Majewski, F. és mtsai*: Europ. J. Pediat. 1976, 121, 155. — 9. *Bonta M.*: Referatum az Országos Ideg és Elmegyógyászati Intézet kollégiumi ülésén, Budapest, 1977. — 10. *Colmant, H. J.*: Enzephalopathien bei chronischem Alkoholismus. Enke Verl., Stuttgart, 1965. — 11. *Evans, D. A. P.*: Acta Pharmacol. Toxicol 1971, 29, 156. — 12. *Giacobini, E., Salum, I.*: Acta psychiat. scand. 1961, 37, 198. — 13. *Gross, M. M.*: L. 4., a 108–124. — 14. *Helbig, H.*: Nervenarzt. 1962, 33, 221. — 15. *International Statistics on Alcoholics Beverages: Production, Trade and Consumption 1950–1972*. Szerk.: a finn FFAS és a WHO, Forssa, Helsinki, 1977. — 16. *Isbell, H.*: L. 2. a 106–111. o. — 17. *Isbell, H., Fraser, H. F. és mtsai*: Quart. J. Stud. Alc. 1955, 16, 1. — 18. *Jellinek, E. M.*: The Disease Concept of Alcoholism. Hillhouse Press, N. H., Conn. 1960. — 19. *Jones, K. L., Schmidt, D. W.*: Lancet. 1973, 2, 999. — 20. *Kardos Gy.*: Orv. Hetil. 1961, 102, 769. — 21. *Kardos Gy.*: Or-

vosképzés. 1962, 36, 103. — 22. Kardos Gy.: Pszichológiai Tanulmányok. VII. (295), Akadémiai Kiadó, Budapest, 1965. — 23. Kardos Gy.: Alcoholism. 1965, 1, 51. — 24. Kardos Gy.: Idegyógy. Szemle. 1967, 20, 169. — 25. Kardos Gy.: Idegyógy. Szemle. 1967, 20, 300. — 26. Kardos Gy.: Alkoholológia. 1971, 2, 120. — 27. Kardos Gy.: L. 5, a 119—137. o. — 28. Kardos Gy.: Idegyógy. Szemle. 1973, 26, 473. — 29. Kardos Gy.: Alkoholológia. 1978, 9, 7. — 30. Kardos Gy.: Alkoholológia. 1978, 9, 134. — 31. Kardos Gy., Balázs-Piri T.: Alkoholológia. 1970, 1, 4. — 32. Kardos Gy., Farkas J., Sónyi G.: Alkoholológia. 1977, 8, 205. — 33. Kardos Gy., Gáldi Z., Sónyi G.: Alkoholológia. 1972, 3, 92. — 34. Kardos Gy., Kapusi Gy., Csekey L.: Alkoholológia. 1976, 7, 12. — 35. Kardos Gy., Kuncz E.: Med. Univ. 1977, X, 91. — 36. Kardos Gy., Mária B.: Idegyógy. Szemle. 1967, 20, 117. — 37. Korányi Gy.: Orv. Hetil. 1977, 118, 504. — 38. Lemoine, P., Harousseau, H. és mtsai: Ouest. méd. 1968, 25, 476. — 39. Manual of the International Statistical Classification of Diseases. Injuries and Causes of Death. Based on the Recommendations of the 9th Revision Conference, 1975. Adopted by the 29th World Health Assembly. 1976. Ed. WHO, Genf, 1977. — 40. Mattheis, R.: L. 63, annak egyik főref. volt. — 41. Mendelson, J. H., Mello, N. K.: L. 2, a 121—130. o. — 42. Mendelson, J. H. és mtsai: Quart. J. Stud. Alc. Suppl. No. 2, 1964. — 43. Rubin, E., Hutterer, F., Lieber, C. S.: Science. 1968, 159, 1469. — 44. Salum, I.: Acta psychiat. scand. Suppl. 1972, 235. — 45. Sattes, H.: Med. Klin.

1964, 59, 1515. — 46. Scheid, W., Huhn, A.: Fortschr. Neurol. Psychiat. 1964, 32, 490. — 47. Schneider, K.: Klinische Psychopathologie. IV. Aufl. G. Thieme, Stuttgart, 1955. — 48. Seitelberger, F., Gross, H.: L. 7, a 12—30. o. — 49. Simek Zsófia: Alkoholológia. 1976, 7, 64. — 50. Solms, H.: L. 7, a 142—158. o. — 51. Szórády I.: Pharmacogenetics. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1973. — 52. Tanulmányok az alkoholizmus következményeiről. Szerk.: Tariska I., Geréby Gy., Kardos Gy., AEOB, Budapest, 1969. — 53. Tariska I.: Orvosképzés. 1961, 36, 390. — 54. Tariska I.: MTA V. Oszt. Közl. 1967, 18, 75. — 55. Tariska I.: Idegyógy. Szemle. 1968, 21, 166. — 56. Tariska I.: L. 52, az 57—63. o. — 57. Vesell, E. E., Page, J. G., Passanati, G. T.: Clin. Pharmacol Ther. 1971, 12, 192. — 58. Véghelyi P., Osztovcics M., Kardos Gy. és mtsai: Gyermekgyógyászat. 1978, 29, 129. — 59. Véghelyi P. és mtsai: Acta Paediat. Acad. Scient. Hungar. 1978, 19, 171. — 60. Wartburg, J. P., Papenberg, J., Aebi, H.: Canad. J. Biochem. 1965, 43, 889. — 61. Wartburg, J. P., Schürch, P. M.: Ann. N. Y. Acad. Sci. 1968, 151, 936. — 62. Wartburg, J. P.: L. 2, a 11—21. o. — 63. WHO Conference on Public Health Aspects of Alcohol and Drug Dependence. Dubrovnik, 21—25 August, 1978. — 64. Williams, R. J.: Quart. J. Stud. Alc. 1959, 20, 452. — 65. Wieser, St.: L. 7, a 90—107. o. — 66. Wieser, St.: Fortschr. Neurol. Psychiat. 1962, 30, 169. — 67. Wieser, St.: Fortschr. Neurol. Psychiat. 1965, 33, 349. — 68. Wieser, St.: Fortschr. Neurol. Psychiat. 1966, 34, 569.

FENISTIL

gél

G 100

Antiallergica topica

KÜLSŐLEGES

HASZNÁLATRA



ÖSSZETÉTEL:

1 tubus (30 g): 30 mg dimetindenium maleinicum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK:

Bőrbetegségeket kísérő viszketés; urticaria; rovarcsípés; napégés; enyhe fokú égési sérülések.

ELLENJAVALLATOK:

Jelenleg nem ismeretesek.

ALKALMAZÁS:

Naponta 2–4 alkalommal a beteg bőrfelületet bekenjük. Igen erős pruritus v. nagyobb bőrlésiók esetében ajánlatos a Fenistil gél hatását per os kezeléssel kiegészíteni.

FIGYELMEZTETÉS:

A kezelt bőrfelületet nem szabad hosszabb ideig napfény hatásának kitenni. Nem alkalmazható egyszerre nagyobb – főleg gyulladásozó – testfelületre. Ez különösen érvényes csecsemőkre és kisgyermekekre.

MEGJEGYZÉS: ✱

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtethető.

CSOMAGOLÁS:

30 g-os tubus, térítési díja: 8,50 Ft.

Előállító: BIOGÁL Gyógyszergyár, Debrecen, ZYMA AG licencia alapján.



2349

NAPROSYN

tabletta

mV 200

Antirheumatica

ÖSSZETÉTEL: 1 tabl. 250 mg naproxent tartalmaz.

HATÁS: A Naprosyn tablettá gyulladásgátló, láz- és fájdalomcsillapító hatással, nem szteroid jellegű készítmény. Gyulladásgátló hatása adrenalectomizált állatokon is jelentkezik, ami azt jelzi, hogy nem a hypophysis-mellékvese humorális regulációs rendszeren keresztül, hanem közvetlenül hat. Gyulladásgátló hatásának pontos mechanizmusa – hasonlóan más gyulladásgátlókéhez – nem ismert, de feltételezhető, hogy a prosztaglandin-szintetáz gátlásának nagy szerepe van a gyulladáscsökkentő hatás kialakulásában. A többi nem szteroid gyulladásgátlóhoz viszonyítva kevésbé bizonyult ulcerogen hatásúnak. A cardiovascularis, valamint a központi és vegetatív idegrendszert nem, vagy csak minimális mértékben befolyásolja.

JAVALLATOK: Rheumatoid arthritis, egyéb krónikus ízületi gyulladások, spondylitis ankylopoetica (m. Bechterew), arthrosis különféle formái, spondylosis, spondylarthrosis, extraarticularis rheumatismus különböző formái (lumbago, egyéb myalgia, fibrositisek, neuralgiák, bursitisek, periarthritis humeroscapularis, epicondylitis humeri stb.).

ELLENJAVALLATOK: Gyomor- és nyombélfekély, továbbá kifejezett máj- és vesekárosodás esetén csak állandó orvosi ellenőrzés mellett adható.

Terhesség alatt nem rendelhető. 16 évesnél fiatalabb betegek ne szedjék a gyógyszert, mivel jelen pillanatig fiatalkorúakon és gyermekeken még nincs elég tapasztalat.

ADAGOLÁS: Kezdő és szokásos fenntartó adagja napi 2×250 mg (reggel és este étkezés után). Szükség esetén napi 3 tabletta is adható (750 mg össz-dózis) a fájdalomak napszakos jellege szerint: 2 tabletta reggel, 1 tabletta este, illetve 1 tabletta reggel és 2 tabletta este. Hosszan tartó kezelés alatt az adagolás napi 375–750 mg-os határokon belül változtatható, a megfelelő adagokat ugyan csak naponta kétszer kell beadni.

MELLÉKHATÁSOK: Ritkán gyomorégés, gyomorfájás, telítettségi érzés, enyhe szédülés vagy rosszullet, fejfájás, a gyomor-béltraktusban átmeneti jellegű vérzés. Igen ritkán bőrkütiés, thrombocytopenia.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK

Kerüendő az együttadás

– magnéziumoxid és alumíniumhidroxid tartalmú antacidumokkal (gátolják a Naprosyn felszívódását);

Csak óvatosan adagolható

- orális anticoagulánsokkal (anticoaguláns hatás fokozódik);
- szulfanilurea típusú antidiabetikumokkal (hypoglykaemia veszélye);
- difenilhidantoinnal (ennek szérumszintjét toxikusig emelheti);
- szulfonamidokkal (ezek toxicitását fokozhatja).

FIGYELMEZTETÉS: Szalicilérzékeny egyénekben urtikáriát, asztmás rohamot válthat ki.

Tartósabb alkalmazásakor a vérzési idő meghosszabbodását okozhatja.

Gyomor- vagy nyombélfekély esetén, vagy ha a betegen gyulladásgátló gyógyszerek szedése kapcsán már fellépett gyomor- vagy bélvérzés, alkalmazása állandó orvosi ellenőrzést igényel.

Orális anticoagulánsokkal együtt adva a prothrombin időt ellenőrizni kell!

Szulfanilurea típusú antidiabetikumokkal együtt adva az antidiabetikum adagját újra be kell állítani!

MEGJEGYZÉS: ✱ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.

CSOMAGOLÁS: 30 db tabletta 22,- Ft.

FORGALOMBA HOZZA: Alkaloida Vegyészeti Gyár, Tiszavasvári, Syntex licencia alapján.

ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR, TISZAVASVÁRI



Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
III. Belgyógyászati Klinika
(igazgató: Gráf Ferenc dr.),
Országos Haematológiai és Vértanszfúziós Intézet
(igazgató: Hollán Zsuzsa dr.),
Egészségügyi Minisztérium
Arteriosclerosis Kutató Csoportja
(vezető: Gerő Sándor dr.)

Immunreakciók vizsgálata érbetegségeken

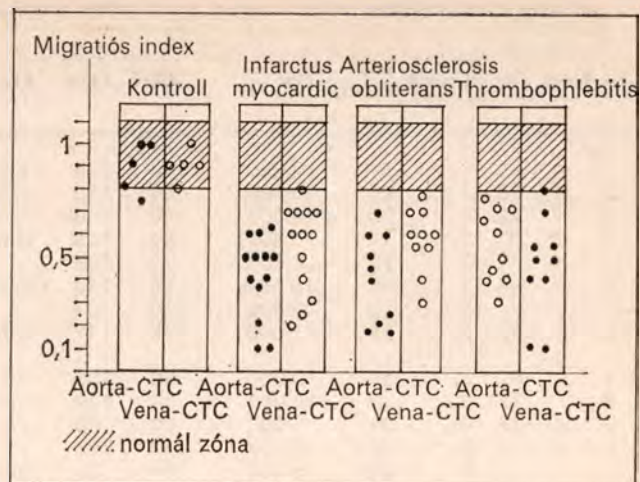
Horváth Mária dr., Ónody Klára
és Gerő Sándor dr.

Ma már egyre inkább elfogadott, hogy bizonyos érbetegségek pathomechanizmusában többek között immunfolyamatok is közrejátszanak (31, 20, 8, 2, 19, 24, 12, 13).

Korábban főleg a humorális, újabban inkább a sejtközvetített immunreakciók vizsgálata került előtérbe a transzplantációs immunológia gyors fejlődésével kapcsolatban. Ugyanis mind az emberi, mind a kísérletes szívatültetések során kialakuló késői kilökődési reakciókban a spontán atherosclerosisra emlékeztető szövettani képet, lipidanyagcsere- és vérárvadási zavarokat észleltek (33, 6, 18, 14). Hasonló elváltozásokat mutattak ki a megbetegedett arteriák (3, 27, 10) vagy koronáriák (5) pótlására szolgáló, átültetett vénaszövetekben is.

Előző kísérleteinkben mi is vizsgáltuk emberi eredetű érfalkivonatokkal a sejtközvetített és humorális immunválasz kialakulásának kinetikáját xenogén rendszerben (15). Az érfal antigének egyszeri alkalmazása után in vivo pozitív bőrpróbát, in vitro kifejezett migrációgátlást és fokozott DNS-szintézist észleltünk tengerimalacokban. Az érfalkivonatok ismételt alkalmazása után humorális ellenanyagok is megjelentek, továbbá atherosclerosisra emlékeztető fény- és elektronmikroszkóposan kimutatható elváltozások is kialakultak az állatok ereinek intimájában (9).

Munkánk célja a sejtközvetített immunválasz jelentőségének és a humorális immunválaszhoz való viszonyának tanulmányozása volt emberi beteganyagban. Különböző érbetegségeken szenvedőkön vizsgáltuk leukocita migráció-gátlás és lymphocita blasztos transzformáció módszerével az érfal eredetű antigénekkel szemben kialakuló celluláris immunválaszt és egyidejűleg meghatároztuk



1. ábra: Leukocita-migráció vizsgálata humán érfalantigénekkel

az érfalellenes ellenanyagtitert is passzív haemagglutinációval.

Beteganyag és módszerek

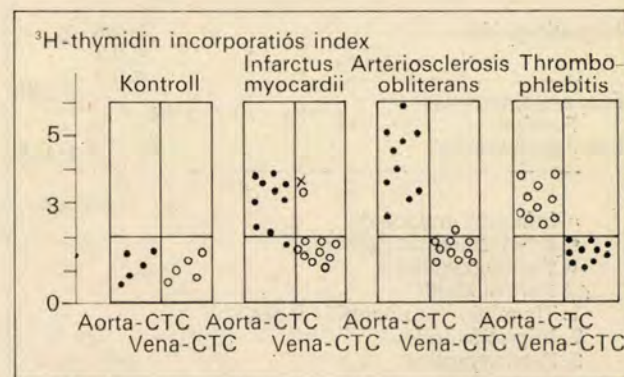
Tizenhárom myocardialis infarctusban, 10 arteriosclerosis obliteransban és 10 felületes thrombophlebitisben szenvedő beteget vizsgáltunk. A hatos számmal jelölt beteg az első és a második betegcsoportban is szerepel, ugyanis az arteriosclerosis obliterans miatt felvett betegen klinikai észlelésünk során myocardialis infarctus alakult ki.

A diagnózist a megfelelő kórelőzmény, a típusos klinikai tünetek és kórelfolyás, a jellemző laboratóriumi leletek (We, fvs., SGOT, LDH) és EKG eltérések (nekrozisra utaló jelek), valamint az oscillációs értékek beszűkülése alapján állítottuk fel.

A myocardialis infarctus és a thrombophlebitis kialakulása után az egyes betegeken különböző időpontokban (hetekben) végeztük vizsgálatainkat, így öt hétre vonatkozó adatokat nyertünk. Három myocardialis infarctusban szenvedő beteg immunreakcióit folyamatosan, öt héten át nyomon követtük. Az arteriosclerosis obliteransban szenvedő betegeken két alkalommal végeztünk vizsgálatokat. Az időpontokat nem tüntettük fel, mivel a betegség kezdetének ideje bizonytalan.

Az értékelés során az egyes betegek vizsgálati eredményeinek átlagát adtuk meg, az időkinetika vizsgálatoknál a különböző betegek azonos hétre vonatkoztatott átlagértékeit tüntettük fel.

A kontroll csoportot 5 kimutatható érbetegségben nem szenvedő egyén alkotta.



2. ábra: DNS-szintézis vizsgálata humán érfalantigénekkel

1. táblázat Myocardialis infarctusban szenvedők klinikai és laboratóriumi adatai

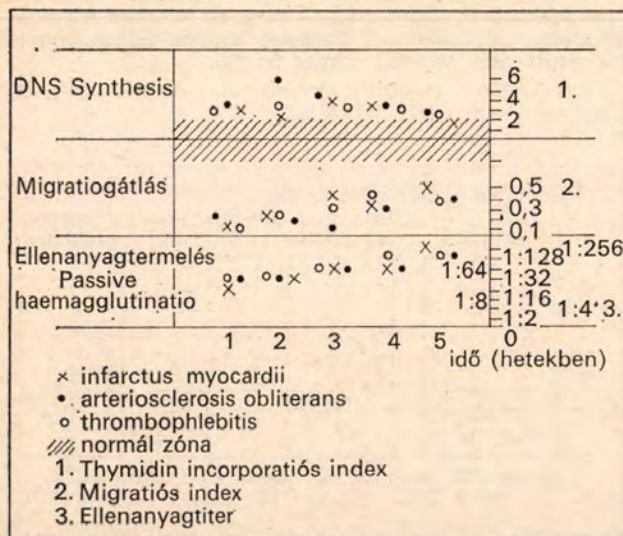
Nº	Nem	Kor	Vizsgálat ideje hetekben	We mmh/	Fvs.	SGOT	LDH	EKG	Egyéb betegség	Therapia
1.	♂	65	1.	61	12 000	118	260	anterior	Diab. mell.	Heparin
2.	♂	68	1.	45	10 000	56	110	anteroseptalis	Ø	Ø
3.	♀	73	1.	35	9 000	90	1000	anteroseptalis	Ø	Isolanid
4.	♀	68	1.	21	6 400	154	133	anterior	Hypertonia	Isolanid
			2.	18	6 000	77	103			
5.	♂	65	1.	40	10 000	150	140	inferior	Diab. mell.	Ø
			2.	20	9 000	109	137			
6.	♂	67	2.	28	9 000	45	147	anterior	Diab. mell.	Isolanid
									Hypertonia	
7.	♀	57	2.	30	10 000	360	108	inferior	Hypertonia	Ø
8.	♀	77	3.	30	13 000	54	120	anterior	Hypertonia	Ø
9.	♂	72	4.	24	6 000	60	90	inferior	Diab. mell.	Syncumar
10.	♀	44.	2.	26	6 900	330	151			Syncumar
			5.	20	6 100	50	90	anterior	Thrombophlebitis	Bivelin Lidocain
			1.	50	11 000	240	60			
			2.	32	9 000	180	150			Digoxin
11.	♂	61	3.	28	9 000	80	100	anterior	Hypertonia	Visken
			4.	30	7 000	60	90			
			5.	24	6 400	60	50			
			1.	70	9 400	300	90			
			2.	65	7 000	240	180			Digoxin
12.	♀	66	3.	30	6 200	200	120	inferior	Diab. mell.	Adebit Lidocain
			4.	28	6 400	90	100			
			5.	20	6 000	40	80			
			1.	60	13 000	320	100			
			2.	62	11 000	280	160			
13.	♂	50	3.	40	9 000	120	150	anterior	Obesitas	Isolanid
			4.	30	7 000	100	100			
			5.	15	5 800	80	90			

A felsorolt csoportok kor és nem szerinti megoszlását, a vizsgálatok időpontját, laboratóriumi adatait, a kísérő betegségeket és az alkalmazott kezelést táblázatokban foglaltuk össze.

Antigénként korábbi munkáinkhoz hasonlóan (32, 15) emberei eredetű lipoid-plaque-os aorta és ép vena cava fal CaCl_2 -Tris-Citrát (továbbiakban CTC) pufferes kivonattal használtuk Robert és mtsai módszerével (25) előállítva. Ezek az anyagok vízdékony fehérjéket és proteoglikánokat tartalmaznak (25, 32).

Vizsgáló módszerek

1. Leukocyta migrációs tesztet Søborg és Bendixen módszerének (29) Szabó-féle módosításával (30)



3. ábra: Sejt közvetített és humoralis immunválasz időkinetikája

2. táblázat Arteriosclerosis obliteransban szenvedők klinikai és laboratóriumi adatai

Nº	Nem	Kor	Oscillatio boka felett	Egyéb betegség	Therapia
1.	♂	56	b.o. j.o. 0 0	St. p. emb. a. popl. l.s.	Prodictin Xavin Rheomacrodex
2.	♂	77	— 0	St. p. amp. extr. inf. l.s.	Prodictin Xavin Mydeton
3.	♂	52	0,1 0,1	Hypertonia Diab. mell.	Prodictin Xavin Mydeton Prodictin Corontin
4.	♀	71	0,2 0,1	Hypertonia	Prodictin Corontin
5.	♂	47	0 0	Thrombophlebitis migrans	Prodictin Bivelin
6.	♂	67	0 0	Diab. mell. Hypertonia	Prodictin Isolanid Adebit
7.	♀	74	0 0	Hypertonia	Xavin Prodictin
8.	♂	62	0 0	Hypertonia	Prodictin
9.	♂	77	0 0	Diab. mell. Hypertonia	Prodictin Adebit
10.	♂	68	— —	Diab. mell. Hypertonia St. p. amp. ext. inf. l. u.	Prodictin

SENSIT[®]

draszé

CORONARIA DILATATOR



CHINOIN BUDAPEST



A Sensit új típusú koszorúértágító. Kalcium-antagonista és foszfodiészteráz aktivitást gátló hatása miatt növeli a szív anoxiás toleranciáját, csökkenti a szívizom oxigénfelhasználását, tágítja a koszorúereket, fokozza a koronáriaáramlás mértékét, növeli a szívizom oxigénellátását. Kardioprotektív hatása stressz situációkban is érvényre jut, amennyiben kivédi a katekolaminok kardiostimulatorikus hatását. Adagolását az első stenocardiás panaszoknál előnyös elkezdni. Huzamosabb használata mellett csökken a nitroglicerinnel igény.

ÖSSZETÉTEL: Draszéként 50 mg fendilinum hydrochloricum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK: Koronáriaelégztelenség, angina pectoris, koronáriasclerosis, a szívinfarctus megelőzése és utókezelése.

ELLENJAVALLAT: A szívinfarctus akut fázisa. Terhességben csak a vitalis indikáció esetében alkalmazható.

ADAGOLÁS: Átlagos adagja felnőtteknek naponta 3x1 draszé.

MELLÉKHATÁSOK: Gyomorpanaszok, fejfájás, nyugtalanság, kábultság, vagy allergiás jelenségek szórványosan

előfordulhatnak, melyek a dózis átmeneti csökkentésére többnyire megszűnnek.

FIGYELMEZTETÉS: Májbetegség huzamosabb kezelése során ajánlatos az időszakos laboratóriumi ellenőrzés. Vérnyomáscsökkentők és béta receptor blokkolók hatását erősítheti, ill. kiegészítheti, ezért együttes adásuk esetén fokozott óvatosság ajánlatos.

CSOMAGOLÁS ÉS TÉRÍTÉS: 50 db draszé 2,70 Ft

MEGJEGYZÉS: ✱ Az a szakrendelés (gondozó) szakorvosa rendelheti, aki a gyógyszer javallatai szerinti betegség esetén a beteg gyógykezelésére területileg illetékes. Csak vényre adható ki, az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtethető.

CHINOFUNGIN[®] spray

FUNGICIDA TOPICA



CHINOIN
BUDAPEST

A tolnaftat fungicid és fungisztatikus hatású vegyület. Hatásos számos dermatophytia lokális kezelésében, elsősorban *Trichophyton mentagrophytes*, *Trichophyton rubrum*, *Microsporon canis*, *Epidermophyton floccosum*, továbbá *Malessezia furfur* okozta fertőzések esetén. Alkalmazható grizeofulvinnal kezelt krónikus dermatophytiák kiegészítő antimycotikus localtherapeuticumaként.

ÖSSZETÉTEL: 1 g tolnaftatum hatóanyagot tartalmaz 125 g-os palackonként, olajszerű folyadékban.

JAVALLATOK: Dermatophyton okozta superficialis mycosisok gyógyítására: elsősorban erosio interdigitalis mycotica, továbbá tinea versicolor, trichophytia superficialis, epidermophytia inguinale, ekzema mycoticum, rubrophytia, intertrigo mycogenes. Onychomycosisban adjuváns kezelésre.

ELLENJAVALLAT: Nyílt seb befűvése ellenjavallt.

MELLÉKHATÁS: Bőrirritáló, illetve szenzibilizáló hatása elhanyagolható.

ALKALMAZÁS: Szappanos melegvizet lemosás után naponta kétszer permetezzünk a gondosan leszárított bőrfelületre 15–20 cm távolságról a függőlegesen tartott palackból.

FIGYELMEZTETÉS: Az üres palackot tűzbe dobni, felnyitni nem szabad. A palack legfeljebb 30°C hőmérsékletű helyen tárolható. Az aerosol véletlen belégzése nem ártalmas, legfeljebb enyhén irritáló (köhöggető) lehet. Vigyázni kell arra, hogy a permet a szembe ne kerüljön.

MEGJEGYZÉS: ✕ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS ÉS TÉRÍTÉS: 125 g fémpalackban 8,60 Ft.

3. táblázat Thrombophlebitisben szenvedők klinikai és laboratóriumi adatai

N ^o	Nem	Kor	Vizsgálat ideje hetekben	We mm/h	Fvs.	Egyéb betegség	Therapia
1.	♀	50	1.	70	7 600	Hiatus hernia	Bivelin
			2.	30	7 000		
2.	♀	45	2.	60	8 000	Varicositas	Heparin
			4.	22	5 000		
3.	♂	47	1.	25	10 000	Arterioscler oblit.	Bivelin
			3.	14	6 000		Sumetrolim
4.	♂	20	2.	30	9 000		Syncumar
			5.	10	6 200		Glyvenol
							Prednisolon
5.	♂	38	1.	40	9 400	Arterioscler oblit.	Syncumar
			4.	20	6 300		Bivelin
6.	♀	83	3.	60	9 200	Hypertonia	Bivelin
			5.	40	5 200		
7.	♀	66	3.	8	5 800		Bivelin
			5.	10	5 000		
8.	♀	26	2.	30	9 000		Glyvenol
			4.	25	6 300		
9.	♂	64	2.	10	5 000	Hypertonia	Heparin
			4.	5	5 200		Colfarit
10.	♂	76	1.	40	9 000	Diab. mell.	Heparin
			3.	28	7 200		

végeztük perifériás vérből. Az alkalmazott érfalkivonatokat fehérjetartalmát Lowry szerint határoztuk meg.

Az aorta CTC-t 250 µg/ml, a véna CTC-t 300 µg/ml dózisban használtuk, amelyek — dózis-hatás összefüggés alapján — nem voltak mérgezőek.

Minden vizsgálat során legalább 3 kamrát készítettünk, kamránként 2 db kapillárisal. A kontroll kamrákba csak Parker-tápfolyadékot (TC 199, Wellcome) mértünk.

24 óras 37 °C-on történő inkubáció után a migrációs mezőket kinyagítottuk és planimetriásan értékeltük. A migrációgátlás mértékét migrációs indexben (MI) fejeztük ki.

$$MI = \frac{\text{antigén jelenlétében mért migrációs mezők átlaga}}{\text{antigén nélkül mért migrációs mezők átlaga}}$$

0,8-nél kisebb migrációs indexet tekintettünk pozitívnak.

2. A lymphocyták blasztos transzformációjának vizsgálata Heparinnal vett vénás vérmintákból történt Ficoll-Uromiro gradiens szeparálása után. Minden kultúra 5×10^5 lymphocytát tartalmazott 200 µl RRM 1640 (Bio-Cult) tápfolyadékban, amelyet 20%-ban inaktivált „AB” Rh poz. szérummal egészítettünk ki. A vizsgálatot „microplate”-ben végeztük Ónody és mtsai (22) módosítása szerint. Mindkét antigént 9 különböző koncentrációban és 3 párhuzamos mintát készítve alkalmaztuk. Az aorta CTC 28,0—0,1 µg/200 µl, a véna CTC 3,5—0,87 µg/200 µl dózisban bizonyult a leghatékonyabbnak. A kontroll tenyészetekhez érfalkivonatokat nem adtunk. Phytohaemagglutinin—M—1 (Difco) stimulált kultúrák szolgáltak pozitív kontrollként. A tenyésztés ötödik napján 1 µCi ^3H —thymidint (specifikus aktivitás: 150 mCi/mMol, Amersham) adtunk minden kultúrához. A ^3H —thymidin inkorporációt 6 órával később, filterpreparációval, folyadék szcintillációs spektrofotométeren (Intertechnique) mértük. A stimuláció mértékét thymidin inkorporációs indexben (TII) adtuk meg, amely az antigén jelenlétében észlelt átlagos beütésszám (cpm) és az antigén nélküli, kontrollban észlelt átlagos beütésszám (cpm) hányadosa.

2,0-nél nagyobb indexet tekintettünk pozitívnak.

3. A humorális ellenanyagok titerét passzív haemagglutinációs technikával határoztuk meg. Aorta CTC esetén 250 µg/ml, véna CTC esetén 300 µg/ml érfalkivonatot kötöttünk a tanninnal előkezelt birka-vörösvérsejtek felszínére.

Eredmények

Mindhárom vizsgált betegcsoportban kifejezett migrációgátlást észleltünk az érfalkivonatok alkalmazásakor. A migrációs indexek 0,7—0,05 között váltakoztak. Az aorta és a véna CTC kivonat között keresztaktivitás is megfigyelhető volt.

A kontroll csoportban sem az aorta, sem a véna CTC kivonat nem csökkentette a sejtek migrációját. MI-k: 0,7—1,1 között (1. ábra).

A ^3H —thymidin inkorporáció a betegek csoportjaiban fokozódott. A thymidin inkorporációs indexek 2,0—5,9 között ingadoztak. A kontroll csoportban az érfalkivonatokat nem befolyásolták a ^3H —thymidin beépülést. PHA mind a kontroll, mind a betegek csoportjában hasonló mértékben fokozta a ^3H —thymidin beépülést. (TTI: 6,0—22,0 között).

Keresztreaktivitás a kétfajta érfalkivonat között 1 eset kivételével nem volt. Ebben a kiterjedt, friss myocardialis infarctusban szenvedő betegben a megbetegedés második hetében thrombophlebitis alakult ki. Ebben az időpontban jelentős DNS-szintézis fokozódást észleltünk véna CTC jelenlétében is, amely az ötödik héten a thrombophlebitis gyógyulása után ismét normalizálódott (2. ábra).

Betegeinkben az aorta és véna CTC-vel szembeni ellenanyag-termelést is megvizsgáltuk és összehasonlítottuk a celluláris és humorális immunválasz időkinetikáját. Az ellenanyagok megjelenésével és növekvő termelődésével egyidejűleg a celluláris immunválasz nem szűnt meg az ötödik héten, bár kisfokú csökkenés volt megfigyelhető (3. ábra).

Megbeszélés

Vizsgálati eredményeink arra utalnak, hogy állatkísérleti adatainkhoz (15) hasonlóan, myocardialis infarctusban, arteriosclerosis obliteransban és thrombophlebitisben szenvedő betegekben is je-

lentos sejtközvetített és humorális immunválasz mutatható ki humán érfalkivonatokat használva antigénként. Mivel a kontroll egyénekben az általunk alkalmazott in vitro módszerekkel sem celluláris, sem humorális immunreakciót nem észleltünk az emberi érfalkivonatokkal szemben, fenti megfigyeléseink az immunfolyamatok jelenlétére és esetleges szerepére utalhatnak a fenti betegségek pathomechanizmusában.

A vizsgált érbetegségekben szenvedőkön is, hasonlóan állatkísérletes adatainkhoz (15), leukocita migrációs teszttel és passzív haemagglutinációs módszerrel keresztreaktivitást észleltünk a kétfajta érfalkivonat között, amely leginkább közös antigén komponensekkel (32) vagy aspecifikus humorális mediátor tényezőknek (4, 7, 23) tulajdonítható.

Az érfalkivonatok által kiváltott in vitro blasztos transzformáció viszont specifikusnak bizonyult, megegyezően más antigének — több szerző által megfigyelt — viselkedésével a celluláris immunválasz késői fázisában (16, 26, 34, 23). Ez a vizsgálat utal a lipoid plaque-os aorta és a véna szövet-szerkezete közti különbségekre is, amelyeket biokémiai és immundiffúziós módszerekkel Szondy É. és mtsai (32) részletesen elemeztek.

Azokon a betegeken, akiken lehetőségünk volt a sejtközvetített immunválasz időbeli lefutását figyelemmel kísérni párhuzamosan a klinikai állapottal, az ötödik hétig csak kisfokú csökkenést észleltünk a migrációgátlás és a blasztos transzformáció mértékében az ellenanyag-termelés fokozódásával egyidejűleg. A celluláris és humorális immunreakciók érbetegségeken is párhuzamosan zajlanak és a sejtközvetített immunválasz az ellenanyagok fokozott megjelenésekor, legalábbis a vizsgált időpontig nem szűnik meg. Valószínűleg később sem, mert arteriosclerosis obliteransban szenvedők esetében, ahol a folyamat rendszerint már évek óta zajlik, még mindig kimutatható a celluláris szenibilizáltság.

Az irodalmi adatok alapján feltételezhető, hogy — sok egyéb tényező mellett — immunfolyamatok, azaz humorális ellenanyagok (1, 21, 13), agresszív mononukleáris sejtek (6, 15, 9), vagy keringő immunkomplexek (8, 11, 28) is károsíthatják az intimát, amelynek sérülése aspecifikus mesenchymális reakciót megindítja (17) proliferatív reparációhoz vagy hegesedéshez vezet.

A mi vizsgálataink is arra utalnak, hogy a fenti betegségek lefolyása során celluláris immun-

reakciókkal is feltétlenül számolnunk kell, azonban ezek jelentősége, elsődleges vagy másodlagos (eltakarító, reparatív) szerepe az érmegbetegedések pathomechanizmusában még nem tisztázott.

Az immunreakciók kialakulása komplex folyamatnak tekintendő. Ezért minél több vizsgálati módszer egyidejű alkalmazása ajánlható irodalmi és saját tapasztalataink alapján is az immunfolyamatok hatásmódjának tisztázása céljából a különböző érmegbetegedések pathogenezisében. Ugyanis ezek a vizsgálatok a celluláris és humorális immunválasz más-más anyagsere- és időfázisait képviselik.

Köszönetnyilvánítás

A kísérletes munkában nyújtott értékes technikai segítségért ezúton mondunk köszönetet Szoták Gabriella és Bojársky Katalin asszisztenseknek.

Összefoglalás. A szerzők myocardialis infarctusban, arteriosclerosis obliteransban és thrombophlebitisben szenvedő betegeken vizsgálták a celluláris és humorális immunreakciókat emberi eredetű lipoid plaque-os aorta és ép vena cava falból származó érfalkivonatokkal, mint antigénnel in vitro. A vizsgált betegcsoportokban kifejezett leukocita migráció-gátlást, fokozott DNS-szintézist és fokozott ellenanyagtermelést észleltek érfalkivonatok jelenlétében, míg a kontroll csoportban az alkalmazott módszerekkel érfalkivonatok ellen irányuló immunreakciót kimutatni nem tudtak. A migrációgátlásban és az ellenanyag-termelésben keresztreaktivitást találtak a kétfajta érfalkivonat között, míg a DNS-szintézis fokozódása specifikusnak bizonyult. A celluláris és humorális immunválasz kapcsolatát és időkinetikáját vizsgálva megállapították, hogy a humorális immunválasz kifejlődésekor a sejtközvetített immunválasz nem szűnik meg, legalábbis a vizsgálat ötödik hetéig.

IRODALOM: 1. Beaumont, J. L., Beaumont, V.: Circulation. 1967, 36, Suppl. II. 4. — 2. Beaumont, J. L.: Rev. Eur. Etud. Clin. Biol. 1970, 15, 1037. — 3. Beebe, H. G.: Arch. Surg. 1970, 101, 85. — 4. Bennet, B., Bloom, Br.: Proc. Nat. Acad. Sci. USA. 1968, 59, 756. — 5. Bulkley, B. H., Hutkins, G. M.: Circulation. 1977, 55 (1), 163. — 6. Burch, P. R. J.: Lancet. 1969, II, 1358. — 7. Cochran, A. J. és mtsai: Transplantation. 1971, 12, 523. — 8. Davies, D. F.: J. Atheroscler. Res. 1969, 10, 253. — 9. Fehér J. és mtsai: Brit. J. Exp. Path. 1978, 59, 237. — 10. Fievez, M.: Lancet. 1972, I, 594. — 11. Füst Gy. és mtsai: Atherosclerosis. 1978, 29, 131. — 12. Gerő S., Székely J.: in „Rajka E., Korossy S.: Immunological aspects of allergy and allergic diseases”. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1976, 5, 229. — 13. Gerő S. és mtsai: Arterial Wall. 1975, Vol. III., 2, 89. — 14. Griep, R. B. és mtsai: Transplant. Proc. 1973, 5, 835. — 15. Horváth M. és mtsai: Orv. Hetil. 1975, 16, 910. — 16. Housley, J., Gell, P. G.: Immunology. 1969, 17, 571. — 17. Jellinek H.: A különböző eredetű arterioscleroticus érelváltozások morfológiai hasonlóságáról. Doktori értekezés. Budapest, 1964. — 18. Kosek, J. C. és mtsai: Transplant. Proc. 1971, 3, 512. — 19. Mathews, J. D. és mtsai: Lancet. 1974, II, 1423. — 20. Minick, C. R. és mtsai: J. Exp. Med. 1966, 124, 635. — 21. O'Connell, T. X., Mowbray, J. F.: Transplantation. 1973, 15, 262. — 22. Ónody K. és mtsai: Tissue Antigens. 1978, 11, 30. — 23. Petrányi

4. táblázat **Kontroll csoport klinikai adatai**

Nº	Nem	Kor	Diagnosis
1.	♀	20	Neurosis
2.	♂	31	Ulcus duodeni
3.	♀	22	Asthma bronchiale
4.	♀	51	Ulcus duodeni
5.	♀	21	Ø

Gy. és mtsai: Cell. Immunol. 1973, 9, 157. — 24. Pos-ton, R. N. és mtsai: Atherosclerosis. 1974, 19, 353. — 25. Robert, L. és mtsai: in „Le rôle de la paroi artérielle dans l'athérogenése. Ed. C. N. R. S., Paris, 1968, 395. — 26. Schlossmann, S. F. és mtsai: J. Exp. Med. 1969, 130, 1031. — 27. Scott, H. W. Jr.: Arch. Surg. 1970, 101, 677. — 28. Skrzydlewski, Z.: Bull. Acad. Pol. Sci. (Biol.) 1977, 25 (2), 70. — 29. Sborg, M., Ben-

dixen, G.: Acta Med. Scand. 1967, 181, 247. — 30. Szabó G. és mtsai: Orv. Hetil. 1972, 113, 134. — 31. Szi-geti I. és mtsai: in „Le rôle de la paroi artérielle dans l'athérogenése. Ed. C. N. R. S., Paris, 1968, 493. — 32. Szondy É. és mtsai: Arterial Wall. 1975. Vol. III., 2, 81. — 33. Thomson, J. G.: Lancet. 1969, II, 1088. és 1297. — 34. Zoschke, D. C., Bach, F. V.: Science. 1970, 170, 1404.

HALOPERIDOL

tabletta, injekció, cseppek

ÖSSZETÉTEL:

1 amp. (1 ml) 5 mg haloperidolum-ot,
1 tabl. 1,5 mg haloperidolumot,
1 üveg (10 ml) 20 mg (10 csepp = 1 mg) haloperidolumot tartalmaz.

HATÁS: A haloperidolum a butyrophenon csoportba tartozó neuroleptikum. Hatásmechanizmusa még nem pontosan tisztázott. A pszichés és más eredetű túlmozgásokkal járó kör-képekben és állapotokban kiemelt jelentőségű. Specifikus hányáscsillapító hatása alacsony dózisban is érvényesül.

JAVALLATOK: Minden olyan kórkép, amely motoros és pszichés agitációval jár, mania, oligophrenia, paranoid, hallu-cinátoros állapotok és epileptiformis psychosisok, delírium tremens, Huntington chorea, csillapíthatatlan hányás.

ELLENJAVALLATOK: Izomtónus fokozódásával járó extra-pyramidalis megbetegedések és az anamnezisben megismert ilyen jellegű mozgászavarok. Depressiók és depressív hangu-lattal járó elmeegógyászati tünetcsoportok.

ADAGOLÁS: Az injekció alkalmazása általában akkor ja-vallt, amikor az orális adagolás valamilyen okból lehetetlen (pl. nagyfokú agitatio). Adagja ilyenkor intramuscularisan 1 ampulla (5 mg). Felnőttek átlagos orális adagja 4,5–18,0 mg (3–12) tabl., az egyéni tűréképesség és szükséglet figye-lembévétele, egyenlő részekre elosztva. Gyermekek napi orális dózisa 5 éves korig átlagosan 0,5–1 mg ($\frac{1}{2}$ – $\frac{2}{3}$ tablettát vagy 5–10 csepp); 6–15 éves korig 1–2 mg (10–20 csepp).

Krónikus hányásban általában 2×10 cseppet (2 mg) adnak naponta.

MELLEKHATÁSOK: Huzamosabb ideig tartó kezelés után a betegek nagy részénél akinesia, tremor, izomhypertonia vagy egyéb parkinsonszerű tünetek léphetnek fel. Ezek a tünetek az adag csökkentésére vagy a kezelés átmeneti abbahagyása után spontán megszűnnek, illetve atiparkin-sonos szerekkel kupírozhatók.

KÖLCSÖNHATÁSOK:

A Haloperidolt ne alkalmazzuk; együtt:
— anticholinerg készítményekkel (növekedhet az intraocularis nyomás),
— központi idegrendszeri bénítókkal (hatásfokozódás),
— MAO inhibitorokkal (hatásfokozódás),
— antihipertenzívumokkal (hatásfokozódás),
— triciclikus, depressió elleni szerekkel,
— orális anticoagulansokkal együtt adva újra be kell állítani a beteg anticoagulans adagját.

FIGYELMEZTETES: A gyógyszer bevétele, ill. alkalmazása után 8–10 órán belül, vagy folyamatos szedése, ill. kezelés esetén a kúra időtartama alatt járművet vezetni, magasban vagy veszélyes gépen dolgozni tilos. Alkalmazásának, ill. ha-tásának tartama alatt tilos szeszes italt fogyasztani.

MEGJEGYZÉS: ✱ A tablettát és a cseppeket az orvos akkor rendelheti, ha azt a területileg, illetőleg szakmailag illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja.

Az injekciót az a szakrendelés (gondozó) szakorvosa rendel-heti, aki a gyógyszer javallatai szerint betegség esetén a be-tég gyógyszerelésére területileg és szakmailag illetékes. Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (leg-feljebb három alkalommal) ismételhető.



CSOMAGOLÁS:

5 ampulla (1 ml)	térítési díj: 2,20 Ft
50 tablettát	térítési díj: 2,10 Ft
1 üveg (10 ml)	térítési díj: 2,60 Ft

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

TISASEN A+B draszté

laxativum

ÖSSZETÉTEL

Sennozid A + B 10 mg drasztéként.

HATÁS

A senna-drog antron, diantron és antrakinon típusú glükozidokat tartalmaz. Száraz kivonatában – melyet ez a draszté tartalmaz – hatásos diantron származékok találhatók: sennozid A és sennozid B. Az eddigi senna készítményekkel ellentétben ebben a drasztében a hatóanyag pontosan meghatározható, és általában mentes a nem kívánatos mellékhatásoktól. A draszté hatásos mind spastikus, mind az atóniás obstipatio esetén. A gyógyszer bevétele után 8–16 órán belül lép fel a hatás, könnyű és bőséges székletürítés formájában.

Diabeteses betegeknek is adható.

Alhasi vérbőséget nem okoz, terhességben is alkalmazható.

JAVALLATOK

Különböző eredetű (pl. habitualis, postoperatív, terhességi) obstipatio, továbbá műtéti előkészítés.

ELLENJAVALLAT

Bélelzáródás.

Káliumháztartás zavara.

ADAGOLÁS

Felnőtteknek a széklet rendezése céljából napi 1–2 draszté, hashajtás céljából napi 3–4 draszté este, étkezés után. Gyermeknek 1 draszté este, étkezés után.

MELLÉKHATÁSOK

Ritkán átmenetileg flatulentia előfordul, továbbá abdominális fájdalmak jelentkezhetnek.

MEGJEGYZÉS: Vény nélkül is kiadható.

CSOMAGOLÁS: 30 db draszté. ● **TÉRÍTÉSI DÍJ:** 3,90 Ft

Forgalomba hozza:

ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR
TISZAVASVÁRI



Városi Kórház-Rendelőintézet, Sopron,
Belgyógyászati Osztály
(főorvos: Réthly Endre dr.)

Acut cytomegalovírus infectio eseteink

Kálló Kamill dr.*

Az utóbbi évek adatai szerint a herpes csoportba tartozó humán cytomegalovírusok (CMV) klinikai jelentősége megnőtt. A belgyógyászati és virológiai kézikönyvek mellett Göncöl (1) és Balogh (2) közleményében megjelent összefoglaló tanulmánya részletesen ismerteti a vírussal és az általa okozott betegséggel kapcsolatos ismereteket, Miklós (3) a fertőzés pulmonológiai vonatkozásaival foglalkozik közleményében. Annak ellenére, hogy a kórkép jól ismert, a hazai irodalomban csak Winkler és Bence (4) közzétették saját eseteiket, ezért érdemesnek tartottam saját beteganyagunk ismertetését.

1977–78-ban, kb. egy év alatt öt betegben állapítottuk meg a CMV infectiót. Mindegyik beteg elhúzódó, ismeretlen eredetű, ambulánsan antibiotikumokkal eredménytelenül kezelt lázas betegség miatt került osztályunkra. Bacterialis kórokozót egyik esetben sem sikerült kimutatni, így az erre vonatkozó számos vizsgálat eredményét nem részletezem.

A lényeges klinikai és laboratóriumi tüneteket a táblázat tartalmazza, illusztrációképpen ismertetem egyik legjellemzőbb esetünk rövid kórtörténetét.

Esetismertetés

L. J., 27 éves férfi, egy hete lázas, kissé köhög, verejtékezik, étvágytalan, gyenge. Kissé belővellt conjunctivák és garatképletek. Máj 3 h.-ujjal, lép 2 h.-ujjal haladja meg a bordaívet: We: 15 mm/h, fvs.: 6200, a kvalitatív vérképben 48%, majd 64% atypusos mononuclearis sejt látható. Se. bi.: 0,35 mg%. GPT: 112, 295, 112 IE, GOT: 332, 212 IE, alk. phosph.: 92, 107, 95 U/L, γ -GT: 115, 138 U/L, monosticon ismételtén negatív. Egy hét után láztalanra vált, távozása után hat héttel mája, lépe nem tapintható, panaszmentes, a laboratóriumi leletek teljesen normalizálódtak. Serologia: CMV-KKR: 1:256 pozitív, CMV-IgM ellenanyag pozitív, EBV infectio nagy valószínűséggel kizárható.

* Jelenlegi munkahelye: Városi Tanács Kórház-Rendelőintézet, Belgyógyászati Osztály, Kapuvár.

Megbeszélés

Mind az öt esetben heveny lázas állapot és általános panaszok álltak az előtérben. Bacterialis eredetű megbetegedés kizárható volt. Mind az öt esetben nagyobb volt a máj, négy esetben a lép is, nyirokcsomó-megnagyobbodást azonban csak egy esetben észleltünk. Egyik betegünkön voltak acut bronchitises tünetek, a többiben enyhe garat-hyperaemián kívül légzőszervi tünetet nem találtunk. Nem voltak idegrendszeri tünetek sem, két betegünkön lumbalpunctiót is végeztünk, a liquor negatív volt. Cardialis elégtelenség egyik betegben sem állott fenn, csak a láznak megfelelő, átmeneti tachycardia. Az EKG-n sem ingerképzési, sem ingervezetési, sem repolarisációs zavar nem volt. A laboratóriumi tünetek acut hepatocellularis laesióra mutattak, icterus egy esetben sem állott fenn. A peripheriás vérképben minden esetben atypusos mononuclearis sejtzaporulat volt látható relatív granulopeniával. A monosticon test minden esetben negatív volt. A serológiai vizsgálat három esetben a CMV komplementkötési reakció és a CMV-IgM ellenanyag együttes pozitivitását, két esetben csak a CMV-KKR enyhe pozitivitását mutatta, sajnos ezekben az esetekben ismétlésre technikai okok miatt nem kerülhetett sor. A serológiai vizsgálat alapján is kizárható volt az acut Epstein-Barr-infectio. Ezek szerint mind az öt esetben bizonyítottan vehetjük a CMV fertőzést.

Az infectio forrására nézve nem állnak adatok rendelkezésünkre. Ez általában oralis, inhalációs vagy sexualis contactus útján következik be. Általános vírusfertőzés alakul ki, a máj, idegrendszer, szív, légzőszervek, nyirokszervek részvételével. Eseteinkben a hepatitis tünetei domináltak a vérképváltozások és a láz mellett. Az irodalmi adatok szerint szövettanilag a májban legtöbbször enyhe, nem specifikus hepatitis mutatható ki, melyet változatos intenzitású és megoszlású mononuclearis gyulladásos reactio, reticuloendothelialis hyperplasia és minimális hepatocellularis necrosis jellemeznek. Ezekben az esetekben legtöbbször nem lehet a hepatocytákban kimutatni az egyébként jellemző óriás magzárványokat. Súlyos esetekben azonban, leginkább akkor, ha az immunrendszer természetes betegség vagy immunosuppresszív kezelés következtében károsodott, acut máj-dystrophia is keletkezhet, ilyenkor a májban kiterjedt necrosisok találhatók, és a hepatocyták tartalmazzák a magzárványokat. Ilyen esetet közölt Peller (5). Reller (6), majd Bonkowsky (7) azonban granulomatosus hepatitis szöveti képét látták eseteik máj-biopsiás anyagában, s mivel ezt általában a késői typusú cellularis immunreactio morfológiai jelének tartják, feltételezik, hogy az esetek legalábbis egy részében ilyen mechanizmusok is felelősek a hepatitis kialakulásáért. Ezt támasztják alá azok a megfigyelések is, melyek szerint hidegagglutinint, cryoglobulint, rheumatoid factort, Coombs-pozitív haemolytikus anaemiát észleltek, mint a megváltozott immunitás jeleit. Az acut CMV infectio lezajlása után hosszú ideig ki tudtak egyes szerzők emelkedett GPT-t vagy γ -GT-t mutatni, és ennek, valamint a feltételezett

Betegeink legjellemzőbb klinikai és laboratóriumi tünetei

A beteg	S. S.	P. J.	L. J.	P. K.	M. J.
Életkor	28 é.	48 é.	27 é.	32 é.	65 é.
Felső légúti hurut	enyhe	mérs.	enyhe	enyhe	kifejezett
Lymphadenomegalia	—	—	—	nyakon	—
Hepatomegalia	3 hu.	2 hu.	3 hu.	2 hu.	2 hu.
Splenomegalia	—	2 hu.	2 hu.	3 hu.	1 hu.
Atyp. mononuc. sejt	63%	40%	48%, 64%	78%	34%
FVS	12 600	9600	6200	6600	14 600
We, mm/ó	40	32	15	20	90
Se-biru mg%	0,44	0,46	0,35	0,50	0,55
GPT I. E.	115	115	112, 295	78	40
GOT I. E.	—	—	332, 215	—	20
Alk. phosph. U/L	142	67	107, 95	49	228, 153
Gamma-GT U/L	193	69	115, 138	107	414, 432
Prothrombin	40%	40%	—	100%	80%
Monosticon	neg. 3×	neg. 3×	neg. 2×	neg. 3×	neg. 3×
CMV—KKR	1:126	1:64	1:256	1:256	1:64
CMV—IgM ellenanyag	pozitív	negatív	pozitív	pozitív	negatív
Epstein-Barr ellenanyag	negatív	negatív	negatív	negatív	negatív

immunfolyamatok valószínű részvételének alapján elképzelhető, hogy a betegség chronicus (progressiv?) formába is átmehet. A súlyos, kiterjedt necrosisokkal és a hepatocytákban magzárványokkal járó esetekben azonban a vírus direct cytotoxicus hatása érvényesül. Betegeinket távozásuk után általában 6 héttel ellenőrző vizsgálatra rendeltük be, erre az időre már az összes kóros klinikai és laboratóriumi tünet megszűnt, tartós májártalomra semmi sem utalt.

Az utóbbi évek megfigyelései szerint egyre nagyobb jelentőséget kell tulajdonítani a CMV infekciónak a postperfusiós syndromát illetően. Ezzel kapcsolatosak Purcell, Peller, Bülow, Fiala, Knodell, Larsson, Toghil, István L. és mtsai tapasztalatai és vizsgálatai (8, 5, 9, 10, 11, 12, 13). Ezek alapján biztosra vehető, hogy a CMV transzfusio útján is átvihető. A betegség kialakulásának kedvez az immunodepressív állapot, uraemia, chronicus dialysis, szívműtétek.

A betegségnek specifikus gyógymódja nincs, ajánlottak steroidokat, DNS-gátló cytostaticumokat, újabban Floxuridine-t (id.: 3). Tekintve a cytostaticumok immunosuppressív hatását, ezek alkalmazása akut virusinfectio esetén nagyon veszélyes. Szerencsére, mint saját eseteinkben is, a betegség jóindulatú, s maradványtünetek nélkül gyógyul. Négy betegünk kapott 7—10 napig napi 30—40 mg Prednisolont, melynek hatására igen gyors javulást tapasztaltunk, ötödik betegünk kezelés nélkül gyógyult.

Tekintettel arra, hogy a vírus hosszú időn át latensen persistálhat a szervezetben és transzfusióval átvihető, valamint hogy sokszor károsodott (pl.

leukaemia) vagy károsított (cytostaticumok) immunrendszerű betegek kapnak vért, ajánlatos a CMV infekción átesett betegeket a donorok közül kizárni.

Köszönetnyilvánítás: A serológiai vizsgálatok szíves elvégzéséért az Országos Közegészségügyi Intézet víruskutató osztályának köszönetemet fejezem ki.

Összefoglalás. A szerző felnőttkori akut cytomegalovírus infectio eseteket közöl. Heveny lázas állapot, hepato-splenomegalia, a vérképben atypusos mononuclearis sejtszaporulat, és akut anictericus hepatocellularis laesio jellemezte a kórképet. A diagnoszt a mononucleosis infectiosa kizárása mellett a serológiai vizsgálatok bizonyították. Az irodalmi adatok alapján foglalkozik a betegség klinikai jelentőségével, érinti a chronicus hepatitisbecirrhosisba való átmenet elvi lehetőségét, és felhívja a figyelmet a vírus transzfusióval való átvihetőségére is.

IRODALOM: 1. Göncöl É.: Orvosképzés. 1972, 47, 75. — 2. Balogh J.: Orv. Hetil. 1975, 116, 843. — 3. Miklós Gy.: Tuberk. és Tüdőbetegs. 1974, 27, 97. — 4. Winkler V., Bence M.: Orv. Hetil. 1975, 116, 1715. — 5. Peller, P., Goetz, O.: Monatschr. Kinderheilk. 1974, 122, 40. — 6. Reller, B.: Lancet. 1973, I, 20. — 7. Bonkowsky, H. L. és mtsai: JAMA. 1975, 223, 1284. — 8. Purcell, R. H.: J. Infect. Dis. 1971, 123, 406. — 9. Bülow, B. és mtsai: Infection. 1974, 2, 15. — 10. Fiala, M. és mtsai: Lancet. 1974, II, 1206. — 11. Knodell, R. G. és mtsai: Gastroenterology. 1975, 69, 1278. — 12. Larsson, S. és mtsai: Int. Urol. Nephrol. 1976, 8, 149. — 13. Toghil, P. J. és mtsai: Lancet. 1967, I, 1351. — 14. Hidasi É., István L.: Magyar Belgyógyász Társaság Dunántúli Sectiója, XXI. vándorgyűlés.

Budai Gyermekkórház-Rendelőintézet,

III. Gyermekosztály

(főorvos: Osváth Pál dr.)

Semmelweis Orvostudományi Egyetem,

II. Belgyógyászati Klinika

(igazgató: Petrányi Gyula dr.),

Városi Kórház, Ajka,

Gyermekosztály

(főorvos: Uhl Károly dr.)

Wiscott-Aldrich-syndroma transfer factorral történő eredményes kezelése

Endre László dr., Nékám Kristóf dr.,

Osváth Pál dr., Nagy Mária dr.

és Uhl Károly dr.

Az ekzemával, recidiváló infectiókkal járó familiaris thrombocytopenia első esetét Wiscott A. írta le 1937-ben (33). A nemhez kötött recessív öröklődésmenetet Aldrich, Steinberg és Campbell tisztázták 1954-ben (1). Immunológiai vizsgálatok során relatív IgM hiányt (2, 17, 29), alacsony isoagglutinin titerrel, magas IgA-t (2, 29) és az esetek egy részében magas IgE-t (2, 29), valamint cellularis immundefectust (2, 3) lehetett kimutatni. A terápiás próbálkozások közül a splenectomia nem vált be (1, 14), egyesek a Levamisoltól (8), mások a transfer factortól tapasztaltak reményt keltő javulást (19, 27, 29, 30). Az első magyar nyelvű közlemény 1967-ben jelent meg az Orvosi Hetilapban (5). A szerzők az öröklődésmenetet nem tudták igazolni, s a thrombocytopeniás purpura is csak 17 hónapos korban jelentkezett először. Hasonlóképpen oligosymptomás Wiscott-Aldrich-syndroma (W.A.s.) variáns ismertetésnek tekinthető a Gyermekgyógyászatban megjelent két dolgozat is (15, 24). Alábbi esetünket nemcsak a syndromára jellemző tünetek szinte hiánytalan előfordulása, hanem a cink és transfer factor terápiára bekövetkező kedvező változás ismertetése végett tartottuk közlésre érdemesnek.

Esetismertetés

F. Cs. fiúgyermek 1976. IX. 13-án, második terhességből, szövödménymentes szüléssel, 3200 g test-súllyal született. Egészséges leánytestvére ez időben

két és fél éves volt. Az ő csecsemőkori anamnesisében ekzema és a mesterséges táplálás kezdetekor észlelhető sugárhányás szerepel, az utóbbi hónapokban — 4 éves korában — pedig thrombopeniássá (30 000—70 000) vált, mely Prednisolon terápiára sem szűnt meg teljesen (István Lajos dr., Szombathely). Az anya (egészségügyi dolgozó) és két élő leánytestvére egészséges — egyiküknek egy egészséges leánya is van — három fiútestvére 7, 12, 24 hónapos korban, otitist követő meningitisben meghalt. A 2 éves korában elhunytak — aki egyébként ekzema, pyoderma, otitis miatt 4-szer állt a soproni kórház gyermekosztályának kezelése alatt — betegsége során thrombopeniája is volt (32 000). Fel lehet továbbá azt is tételezni, hogy ugyanezen betegnek cellularis immundefectusa is lehetett, mivel fenti kórház adatai szerint 9 hónapos korában ismételt negatív volt a tuberculin reactiója. Az apa, valamint egy leány- és egy fiútestvére egészséges.

Betegünk 6 hetes koráig szopott, ezalatt — 4 hetes korában észlelt, felülfertőzött seborrhoeájától eltekintve — gyakorlatilag tünetmentes volt. A kötelező védőoltások közül a BCG-t és a DiPerTe I. a-t kapta meg. A BCG nem okozott generalizált szövödményt. (Bár arra sincs adatunk, hogy egyáltalán „megeredt”-e. A negatív tuberculin tapasz- és bőrpróba mindenesetre ez ellen szól...) A DiPerTe után hyperpyrexias lett. Hathetes korában — ekkor kezdték a mesterséges táplálást — ekzemája alakult ki, mely később egyre romlott. Anyja két és fél hónapos korában figyelte meg először, hogy síráskor arcán petechiák jelennek meg, melyek kezdetben eltűntek, de néhány nap múlva maradandóak lettek. Három és fél hónapos korában a guminadrág által szorított helyeken is bőrvérzések jelentek meg, ezért 1976. XII. 28-án az ajkai kórház gyermekosztályára került. Ott pyuriát, kifejezett thrombocytopeniát (40 000) és eosinophiliát (696/mm³) észleltünk. Itteni observatója alatt antibioticus terapia hatására pyuriája megszűnt, s tejmentes diéta mellett — mely főként süttőkből és csirkehúsból állt — thrombocytaszáma is emelkedett (100 000). Ekzemája az alkalmazott helyi és általános kezelésre (boraxos hydrocortison kenőcs, Sandosten Ca, C-vitamin, A-vitamin, B-vitamin) alig javult. Anaemiája miatt (Ht.: 31%, Hgb.: 10,3 g%, vvt.: 3,5 M) B₁₂-vitamint, folsavat és Conferont kapott. 1977. I. 20-án, négy és fél hónapos korában a Budai Gyermekkórház III. gyermekosztályára került. Felvételekor a 6670 g súlyú csecsemő sárgás (carotin) alapszínű bőrén testszerte elvakart ekzemát és petechiákat lehetett látni. Nyálkahártyái anaemiás külleműek (Ht.: 25%, Hgb.: 8,2 g%). Vérzési idő erősen megnyúlt (11 perc), alvadási idő normális (1 perc). Röntgenvizsgálattal szokatlanul kis thymus árnyék volt kimutatható. Kétoldali otitis mediájának fülváladékból pyocyanus és proteus tenyésztett ki. Radiális immundiffúzióval történő immunglobulin szint meghatározás során kb. kornak megfelelő értékeket kaptunk. A teljes vérből végzett lymphoblast transformatio (26) során enyhén, a birka-vvt.-tel spontán rosettát képező T sejtek vizsgálata során (10) erősen csökkent értéket észleltünk, s ez cellularis immundefectusra utalt. (Az eredmények részletesen a táblázaton láthatók). A serum cink 70 μ g/dl (alacsony, normál érték: 120—300 μ g/dl) volt. Erélyes, széles spectrumú antibioticus kezelés mellett otitise lassan javult, később újra recidivált. Anaemiája miatt Jectofer kúrát és fenvegető hypoxiája (I. 31-én Ht.: 21%, Hgb.: 5,9 g%), valamint súlyos thrombocytopeniája (30 000, 17 000) miatt ismételt transzfúziót adtunk. Gesztenyepépes táplálás (melynek cink koncentrációja 900 μ g/l) és localis Flucinar terapia mellett bőréről az ekzema teljesen letisztult, s serum cink szintje is némileg emelkedett (100 μ g/dl-re). A T lymphocytá arány ismételt alacsony értéket mutatott. A február elején, majd májusban ismételt elvégzett csontvelő-punctio során nyert csontvelőben fokozott erthrocytoesis jelei és érett megakaryocyták voltak láthatók normális csontvelőkép mellett. Részletes haematológiai vizsgálat során thrombocytopeniás purpurának megfelelő leleteket kaptunk. A tejjel szemben specifikus IgE koncentrációja — Phadebas RAST vizsgálat szerint (32) —

Dátum	1977.										1978.
	I. 20.	II. 9.	III. 21.	IV. 27.	V. 9.	V. 31.	VI. 22.	VIII. 13.	XI. 3.	III. 6.	
Haematocrit %	25	29	41		35			Vvt 4,7M	4,2M	33	
Haemoglobin g%	8,2	9,2	13		11,2			14,3	13	9,1	
1000 thrombocyta/mm ³	200?	90	35	85	57	55	70		40	62	
1000 fehér vérsejt/mm ³	13,4			6,0			7,9		7,6	6,4	
1000 lymphocyta/mm ³	4,0			1,8			1,2		1,8	2,9	
E rosetta %	15	19	58	13	15	11	12	23	41	28	
E activ rosetta %						4	3		19	16	
S Ig pozitív sejt %	12			17		9	8	7		10	
Fc receptor pozitív sejt %	9					7	10			14	
PHA stimulációs index	3,6		18,6		12,7					3,6	
PPD bőrtst (5 iU)			neg.				neg.				
Serum IgG mg/dl	430		650		562		480		612	360	
Serum IgA mg/dl	152		150		370		110		135	110	
Serum IgM mg/dl	95		60		46		85		50	17	
Serum zinc gamma/dl	70	100	160	160	300					130	
Transfer factor ideje			V. 17.	V. 24.	V. 31.	VI. 17.	VI. 22.			III. 6.	
kezelés adagja			0,5 E	1,0 E	2,0 E	4,0 E	4,0 E			3,0 E	

Napi 3×50 mg ZnSO₄ kezelés febr. közepétől máj. közepéig

nem haladta meg a normál értéket, ezért klinikailag tünetmentes állapotban per os tej provocatiót végeztünk (25), melyet igen jelentős thrombocytopenia követett. Ismételt tejadás után manifest bélvérzés lépett fel; tojás terhelés után ekzemája romlott és friss petechiái jelentek meg, ezért étrendje tartósan tej- és tojásmentes. Visszatérő otitisei, bronchitisei miatt szin- te megszűnt a nélkül antibiotikumokat kapott, majd III. 29-én (hat és fél hónapos korában) kétoldali antro- tomiaira került sor. A beavatkozás jelentős vérvesztés- sel járt, ismételt transfusiót, egyszer thrombocyta- suspensiót kellett adnunk.

Az 1977. II. 18-án kezdett per os ZnSO₄ kezelés mellett (3×50 mg/die) 1 hónap alatt serum cinkje normalizálódott (160 γ/dl), s ezzel egy időben T lymphocytáinak aránya E rosetta képzéssel 58%-ra, s a lymphoblast transformatio is a korábbiak több mint ötszörösére emelkedett. Fenti cink kezelés mellett serum cink szintje és lymphoblast transformatio ará- nya jóval a normális érték alsó határa felett maradt, de a T lymphocyta arány ismét kórosan alacsony ér- tékre csökkent, s a klinikai kép sem mutatott kellő javulást — cink kezelés mellett sem hagyhattuk el az antibiotikumokat — ezért két és fél hónap után a cink kúrát abbahagytuk.

Rendszeresen adtunk havi 1 alkalommal 0,5 ml/kg gamma-globulin injectiót és vitaminokat, általános ál- lapota ennek ellenére súlyos volt, testsúlya nem gya- rapodott (VI. 20-án, 9 hónapos korában 6200 g!), alig befolyásolható anaemiát és thrombocytopeniát észleltünk, állandóan visszatérő infekciókkal (pl. panari- tium), ezért „graft versus host” reactio lehetősége is felmerült.

1977. május közepén transfer factor terapiát kezdünk 0,5 E (1 E=10⁸ lymphocyta aequivalens) Law- rence szerint előállított (18), dialysált transfer factor im. injectiójával. Háromszor kapott 0,5–2,0 E transfer factort, de klinikai állapota tovább romlott, hányás, has- menés is fellépett és e miatt parenteralis táplálásra szorult. 1977. VI. 5–13. között a Semmelweis OTE II. Gyermekklinikán kezelték. Ezt követően 2 alkalom- mal 4–4 E transfer factort kapott, amit az állapot javulása, testsúlyemelés követett. VII. 1-én az anti- bioticus terapiát is elhagyhattuk, s VII. 9-én (10 hó- napos korában) a gyermek hazaadhatónak vált. Otthon továbbra is tej- és tojásmentes diétát kap, súlya ennek ellenére VII. 9-től X. 31-ig 6500 g-ról 9150 g-ra emel- kedett, antibiotikumot nem szed, csupán havi 1 alka- lommal kap 0,5 ml/kg gamma-globulint; fertőzések- re ennek ellenére nem hajlamos (pl. testvére tonsillitisét sem kapta meg). A kezelés alatt és után lényeges

thrombocytaszám-emelkedést nem észleltünk, de a T lymphocyta, különösen az activ rosettát képező (22, 23) T sejtek aránya emelkedett. 1:100 hígítású tubercu- linnal végzett bőrpróba ismételt negatív eredményt adott. Lymphoblast transformatio arány normális. A transfer factor kezelés után a gyermek bőrét csupán 1–2 kis helyen kell Flucinarral kezelni, antibioticu- mokat nem fogyaszt, anaemiája per os vas, folsav, Polyvitaplex szedése mellett megszűnt. Fogzása nor- mális, súlya emelkedett (14 hónapos korára 9500 g). 1978 márciusában került ismételt kórházi felvételre ellenőrző vizsgálatok elvégzése és az újabb 3 E trans- fer factor beadása céljából. Bőre ekkor kissé ekzemás, s a szülők elmondása szerint állapota az utóbbi 2 hó- napban romlott. Étvágya csökkent, november óta sú- lyos áll (9500 g), felvétele előtti napokban lázzal járó, antibioticus terapiára szoruló légúti infekciója lépett fel, fokozatosan anaemizálódott (1978. III. 6-án Ht: 33%, Hgb: 9,1 g%). Az elvégzett vizsgálatok mind hu- morális, mind cellularis immunitás vonatkozásában a novemberinél kórosabb eredményt mutattak. A per os tejterhelés az ekzema romlását eredményezte. Három- napos kórházi observálás után adtuk haza. A 3 hónap- pal később (21 hónapos korában) elvégzett control vizsgálat idején a gyermek testsúlya már 10 100 g volt. Ht: 36%, Hgb: 11,5 g%, thrombocyta-szám: 62 000, kli- nikai állapota a márciusihoz képest igen sokat javult.

A gyermekek elvégzett valamennyi immunológiai vizsgálat eredményét, valamint a cink és transfer factor terapia idejét az összefoglaló táblázaton tüntet- tük fel.

Megbeszélés

W.A.s. kezelésében elsőként Levin és mtsai (19) 1970-ben használtak transfer factort. E kezelés nem minden esetben váltja be a hozzá fűzött remé- nyeket (8). E tényről Fudenberg — 30 W.A.s.-ás gyer- mek vizsgálata és kezelése alapján — úgy gya- rázza, hogy csak azok a W.A.s.-ás betegek reagál- nak jól transfer factor terapiára, akiknek a mo- nocytáin nincs IgG receptor. E tulajdonság alap- ján a syndromát két — csak laboratóriumiilag el- különíthető — típusra osztja (9). Úgy véli, hogy 6 havonként kell ismételt a transfer factor injectió- kat. A többiek által megfigyelt alacsony IgM és IgG concentratio feltehetően a serum protein hy- percatabolismus következménye (4). A szakiroda-

VEROSPIRON®

tabletta

ÖSSZETÉTEL

1 tabletta 25 mg spironolactonumot tartalmaz.

JAVALLATOK

Máj-cirrrosis ascitesszel, cardialis és renalis oedema, agyoedema, idiopathikus oedema. Ascitesszel és oedemával járó daganatos megbetegedések. Hypertoniában antihypertensiv kezelésként rauwolfiával, illetőleg salureticumokkal kombinálva. Súlyos égési sérülés, hypokalaemiás és myastheniás eredetű paroxysmalis izombénulás. Portocavalis shunt-műtét utáni állapot.

ELLENJAVALLAT

Hyperkalaemiával járó veseelégtelenség.

ADAGOLÁS

A diagnózis és a klinikai kép súlyosságának megfelelően az adagot esetenként kell meghatározni. Általában napi 4-szer 2 tabletta (200 mg) a kezdő adag (pl. 6 óránként 2 tabletta). Az egyéni szükséglet és tűrőképesség figyelembevételével célszerű a napi adagot változtatni. Szükség esetén a napi adag 4×3 tablettáig is növelhető (300 mg).

A diuresis általában a 3—6. nap között fokozódik. Ezután fenntartó kezelésre lehet áttérni: naponta 4×1 tabletta (100 mg) Verospiron adása mellett diureticumok intermittáló adása javasolt. Hypertonia kezelésére az előírt antihypertensiv szer hatását naponta 4×1 tabletta (100 mg) Verospiron szedésével lehet kiegészíteni.

Gyermekegyógyászatban használatos adagja 2—3 mg/testsúlykg naponta, fenntartó kezelésre 1—1,5 mg/testsúlykg naponta.

MELLÉKHATÁSOK

Gastrointestinalis panaszok, ritkán reversibilis gynaecomastia, menstruációs zavarok. Verospiron adása magas szérumkáliumszint esetén csak kivételes esetben rendelhető, mert további káliumszint-emelkedést hozhat létre. Bár a ve- gyülettel kapcsolatos magzati

károsodás ez ideig még nem ismeretes, alkalmazását a terhesség első harmadában nem ajánljuk. Huzamos Verospiron-kezelés során a szérum-Na és -K-szint időszakos ellenőrzése javasolt.

MEGJEGYZÉS

✦ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS

20 tabletta 11,40 Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest



PRODECTIN[®]

tabletta

ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 250 mg pyridinolcarbamatot tartalmaz.

JAVALLATOK

Arteriosclerosis, illetve minden olyan obliteratív verőérbetegségekben, amelyek az érlumen szűkülésével, elzáródásával vagy érfalkárosodással járhatnak együtt.

Cerebrovascularis keringészavarok.

Obliteratív szemészeti angiopathiák.

A Prodectin-kezelés eredményesen alkalmazható obliteratív coronaria-megbetegedések-

ben is, illetve infarctus utáni kezelésre.

ELLENJAVALLAT

Nem ismeretes.

ALKALMAZÁS ÉS ADAGOLÁS

Kúraszerű. A kezdő adag naponta 3×1 tablettát, majd a kezelés napi 3×2 tablettával folytatható a tüneti kép javulásáig. A fenntartó adag napi 3×1 tablettát. A Prodectin-kezelés több hónapon át folytatandó. A készítmény kombinációs kezelésre is alkalmas.

MELLÉKHATÁS

Kivételesen gastrointestinalis panaszokat, palpitiót, tachycardiát okozhat. E tünetek az adag csökkentésével megszűnnek.

A Prodectin esetlegesen előforduló kóros metabolizmusa következtében — igen ritkán — hepatotoxicus metabolitok képződhetnek, amelyek heveny májkárosodást okoznak.

FIGYELMEZTETÉS

A Prodectin kúraszerű alkalmazása során 4—6 hetenként javasolt a beteg hepatológiai vizsgálata, amely a fizikális ellenőrzés mellett kiterjed a se.-bilirubin, SGOT, SGPT értékek ellenőrzésére is.

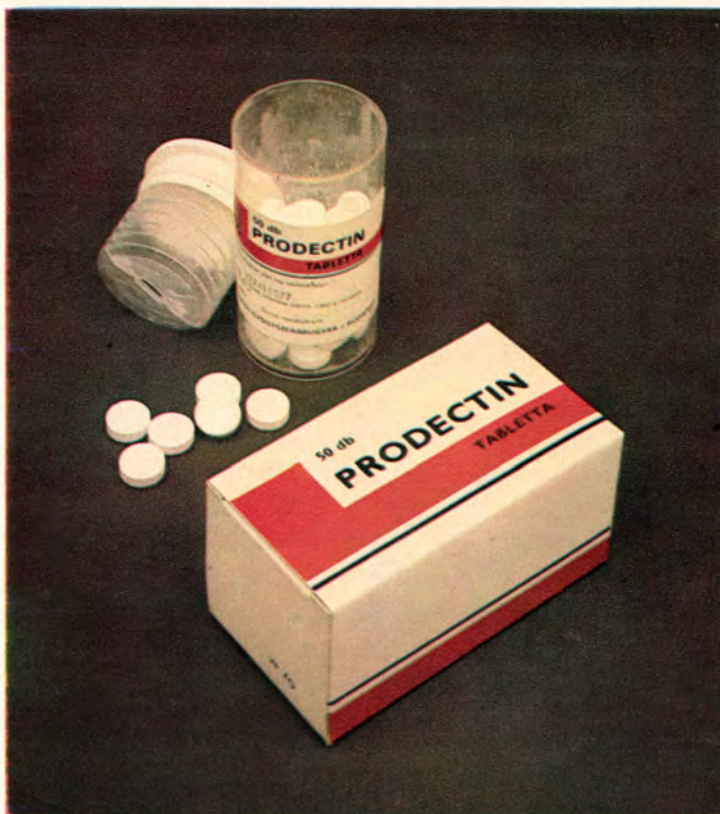
MEGJEGYZÉS

Csak vényre kiadható és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtethető.

Az orvos akkor rendelheti a gyógyszert, ha azt a területileg, illetőleg szakmailag illetékes fekvőbeteg osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja.

CSOMAGOLÁS

50 tablettát, térítési díj:
12,60 Ft.



**Kőbányai
Gyógyszerárugyár,
Budapest**

lomban ismertettekhez hasonlóan — mint azt a táblázaton számszerűen is láthatjuk — a mi betegünknek is alacsony a serum IgG és IgM koncentrációja, s az isoagglutinin titere: 0 (vércsoportja: A poz.), relative magas IgA szint mellett. Megfigyelésünk szerint a transfer factor a hypoinnoglobulinaemiát nem befolyásolta jelentősen (ez is amellelt látszott szólni, hogy e betegségben valóban ezen immunglobulinok catabolismusa fokozott). Ismertetett esetünket familiaris anamnesise, klinikai tünetei és laboratóriumi leletei alapján klaszszikus W.A.s.-nak tartjuk, s ennek alapján új megfigyeléseink talán nemcsak az egyénre, de e syndromában szenvedő más betegre is vonatkozhatnak. Feltételeztük, hogy a szintén bőr-laesióval és cellularis immundefectussal járó (6, 7) acrodermatitis enteropathicához hasonlóan talán a W.A.s.-ban is szerepe lehet a cinkhiánynak a sejtes immundefectus kialakulásában. Az a tény, hogy felvételek a féléves csecsemő serum cinkje alacsony volt, s per os $ZnSO_4$ terapia után nemcsak a serum cink szintje, de a lymphoblast transformatiós arány és átmenetileg a rosettát képező T sejtek aránya is normalizálódott, arra utal, hogy a cinkhiánynak szerepe lehet a sejtes immundefectus kialakulásában és per os cinkbevitellel ez az immundefectus az acrodermatitis enteropathicához hasonlóan (7, 12) részben rendezhető. Tapasztalatunk szerint a cink nem normalizálja a T lymphocyta valamennyi funkcióját. A hypozincaemia megszüntetése után, még a transfer factor terapia bevezetése előtt a kezdetben kórosan alacsony lymphoblast transformatiós arány tartósan normális maradt. *Kirchner és Rühl* 1973-ban írták le (16), hogy cinkhiányban csökken a lymphocyta blastos transformatálhatósága. A mi in vivo megfigyelésünk is ezt látszik igazolni. Elképzelhetők tartjuk, hogy nemcsak acrodermatitis enteropathicában és W.A.s.-ban, de egyéb, emelkedett 0 lymphocyta populációval járó functionális immundefectusban is pathogenetikai szerepe lehet a hypozincaemiának (pl. malnutritióban szenvedő gyermekeken), s ez esetben per os cinkbevitellel a defectus esetleg részben javítható.

A transfer factor terapia elkezdése előtt a tej- és tojásmentes diéta és per os cink terapia mellett gyógyult a beteg ekzemája. Érdekes, hogy negatív a tej RAST és ennek ellenére a tejterhelés ismételt — klinikai rosszabbodással is kísért — pozitív eredményt adott. Feltételezzük, hogy a tejjel szemben nem IgE természetű allergia áll fenn W.A.s.-ban. Feltevésünk mellett szól *Sellers és South* (29) megfigyelése. Az ő poliallergizált, asthmás W.A.s.-ás betegük I. típusú bőrreakciót adott tojásra, fű- és fapollenre, gombára és házior-kivonatra, de a tejjel szembeni ellenanyag csak passiv cutan anaphylaxissal, géldiffúzióval és haemagglutinációval volt kimutatható.

Betegünkön a klinikai állapot döntő javulását a nagy adagú transfer factor terapia bevezetése eredményezte. Az addig atrophias gyermek súlygyarapodása megindult, anaemiája rendeződött, antibioticum nélkül tartósan láztalan, otthonában gondozható. A control vizsgálatok szerint T lymphocyta aránya, különösen az activ rosettát képező

sejtek hányada emelkedett. Pílanatnyílag a kisgyermek állapota reménykeltő. A transfer factor injectiók számát igyekszünk a klinikai tünetek alapján szükségesnek ítélt legminimálisabbra csökkenteni. Megfigyelésünk szerint a 8 hónapos intervallum túlságosan hosszú. Hat hónappal az első hatásos dózisz transfer factor injectio után a klinikai állapot és az immunológiai labor. leletek romlása következett be. Lényegesnek tartjuk, hogy megfelelően nagy dózisz transfer factort adjunk (3—4 E 1—1 alkalommal), az ennél kisebb adagok esetünkben úgyszólván hatástalannak bizonyultak. Elképzelhető, hogy az irodalomban közölt eredménytelen transfer factor terapia egy részét az ineffektiv dózis okozta.

Több mint egyéves transfer factor terapia kapcsán eddig 5 W.A.s.-ás gyermekben írtak le malignus lymphomát (13, 29), bár igaz, hogy a kezeletlen W.A.s.-ban is gyakori a neoplasia, és egyéb körképben még nem észlelték hasonló szövödményt transfer factor terapia kapcsán (21, 31). Tizenéves korban W.A.s.-ban az állapot stabilizálódása várható (20, 28). A korszerű terapia eredményeképpen 18 évnél hosszabb túlélések is ismeretesek (20, 28, 29), s az immunológia rohamos fejlődése is kissé optimistábbá tesz az eddig egyértelműen lethális kimenetelű betegség prognosizálásakor. A beteg 3 éves korában jól van, otthonában él.

Összefoglalás. Familiáris anamnesis — klinikai és laboratóriumi eltérések által igazolt Wiscott — Aldrich-syndromában szenvedő beteg hypozincaemiája — és kórosan alacsony lymphoblast transformatiós aránya per os cinkszulfát kezelés hatására rendeződött, tej- és tojásmentes diéta mellett ekzemája is megszűnt. 4,0 E transfer factor terapia bevezetése után az atrophias csecsemő klinikai állapota látványosan javult. Súlygyarapodása jelentős, antibioticum adás nélkül tartósan láztalan, korábban befolyásolhatatlan anaemiája per os vaskezelés mellett megszűnt. Rosettát és activ rosettát képező T lymphocyta aránya emelkedett (15 százalékról 41%-ra, illetve 4%-ról 19%-ra). Thrombocytopeniáját a kezelés nem befolyásolta. 6 hónappal a transfer factor terapia után a súlygyarapodás megállt, a klinikai állapot hanyatlása következett, s a 8 hónap után elvégzett ellenőrző vizsgálatok során a 4 hónappal korábbihoz képest romlás volt tapasztalható. Szerzők véleménye szerint e körképben 5—6 hónaponként 3—4 E transfer factort célszerű adni.

Szerzők ezúton is köszönetüket fejezik ki a speciális vizsgálatok elvégzéséért *Gergely Anna dr.* vezetésnek (OÉTI), *Németh Csilla dr.* lab. vezetőnek (HUMAN), *Zimonyi Ilona dr.* főorvosnőnek (Heim P. Kh.), *Körmendy István dr.* főorvosnak (Heim P. Kh.), *Merétey Katalin dr.* főorvosnőnek (ORFI), a Semmelweis OTE II. Belgyógyászati Klinika Immunológiai Laboratóriuma valamennyi munkatársának, valamint az egyhetes gondos ápolásért (varicella gyanúja miatt) a Főv. László Kh. IV. gyermekosztály dolgozóinak.

IRODALOM: 1. *Aldrich, R. A., Steinberg, A. G., Campbell, D. C.:* Pediatrics. 1954, 13, 133. — 2. *Berglund, G. és mtsai:* Acta Pediatr. Scand. 1968, 57, 89. — 3. *Blaese, R. M. és mtsai:* Lancet. 1968, I, 1056. — 4. *Blaese, R. M. és mtsai:* J. Clin. Invest. 1971, 50, 2331.



— 5. Bognár Ilona, Siegler, J., Miltényi M.: Orv. Hetil. 1967, 108, 890. — 6. Endre L., Katona Z., Gyurkovits K.: Lancet. 1975, I, 1196. — 7. Endre L., Katona Z.: Lancet. 1976, I, 91. — 8. Fontan, G. és mtsai: Lancet. 1976, II, 1247. — 9. Fudenberg, H. H.: Progress in Immunology. II., Vol. 5. p. 215. Eds. Brent and J. Holborow. — 10. Gergely P., Vánky F., Klein E.: Clin. Exp. Immunol. 1976, 25, 23. — 11. Gordon, R. R.: Arch. Dis. Child. 1960, 35, 259. — 12. Guiraldes, E. és mtsai: Lancet. 1975, II, 710. — 13. Heidelberger, K. P., Le Golvan, D. P.: Cancer. 1974, 33, 280. — 14. Huntley, C. C., Dees, S. C.: Pediatrics. 1957, 19, 351. — 15. Kaiser Éva, Ambrus Mária: Gyermekgyógy. 1974, 25, 365. — 16. Kirchner, H., Rühl, H.: Lancet. 1973, I, 1317. — 17. Krivit, W., Good, R. A.: Am. J. Dis. Child. 1959, 97, 137. — 18. Lawrence, H. S.: Adv. Immunol. 1969, 11, 195. — 19. Levin, A. S. és mtsai: Proc. Nat. Acad. Sci. 1970, 67, 821. — 20. Mandl, M. A. J., Watson, J. I.,

Rose, B.: Ann. Intern. Med. 1968, 68, 1050. — 21. Nékám K.: Az orvostud. akt. problémái. 1976, 24, 99. — 22. Nékám K. és mtsai: Clin. exp. Immunol. 1977, 27, 416. — 23. Nybran, J., Fudenberg, H. H.: J. Clin. Invest. 1973, 52, 1026. — 24. Osváth P. és mtsai: Gyermekgyógy. 1971, 22, 500. — 25. Osváth P., Márkus V.: Acta Paed. Acad. Sci. Hung. 1969, 9, 279. — 26. Pauly, J. L. és mtsai: J. Lab. Clin. Med. 1973, 82, 500. — 27. Polmar, S. H.: New Engl. J. Med. 1973, 289, 1420. — 28. Scher, R. K.: Cutis. 1973, 12, 566. — 29. Sellars, W. A., South, M. A.: Am. J. Dis. Child. 1975, 129, 622. — 30. Spittler, L. E. és mtsai: J. Clin. Invest. 1972, 51, 3216. — 31. Transfer Factor. Basic properties and clinical applications. Eds.: M. S. Aschner, Gottlieb, H. H., Kizpatrick, Ch. H. Acad. Press, New York, 1976. p. 599. — 32. Wide, L., Bennich, H., Johansson, S. G. O.: Lancet. 1967, II, 1105. — 33. Wiscott, A.: Mschr. Kinderheilk. 1937, 68, 212.

NORCOLUT[®] tabletta

ÖSSZETÉTEL: 5 mg norethisteronum tabl.-ként.

JAVALLATOK: Premenstruációs szindróma, mastodynia, a szekréciós szak megrövidülésével járó cikluszavarok, diszfunkcionális méhvérvzés, hyperplasia glandularis cystica endometrii, endometriasis, adenomyosis.

Laktáció-prevenció, ablaktáció. Klimaxos panaszok, különösen a klimaxos vérzészavarok.

ELLENJAVALLAT: Emlő-, genitális carcinoma. Külön elbírást igényelnek, főleg tartós szedés eseté: thrombózis-készség, hepatitis, májműködés zavarok.

ADAGOLÁS: Praemenstruációs szindróma, mastodynia, valamint rendszertelen ciklusokban, a ciklus 16. napjától a 25. napig 1–2 tabl., esetleg ösztrogénnel együtt.

Diszfunkcionális méhvérvzés, hyperplasia glandularis cystica endometriiben: (amennyiben a vérzés funkcionális jellegét 6 hónapon belül végzett hisztológiai vizsgálat igazolta): 6–12 napon át napi 1–2 tabl., a vérzés megszüntetésére. — Recidiva megelőzésére a ciklus 16. napjától a 25. napig napi 1–2 tabl., általában ösztrogénnel együtt.

Endometriosis, adenomyosisban: a ciklus 5. napjától a 25. napig napi 1 tabl. 6 hónapon át, vagy folyamatosan szedve a ciklus 5. napján napi fél tabl.-val kezdve és az áttöréses vérzések elkerülésére 2–3 hetenként fél tabl.-val növelve, 4–6 hónapon át.

A laktáció megelőzése céljából:

	a 16–28. héten	28–36. héten
	megszakadt terhesség esetében	
1 nap	15 mg	15 mg
2–3 nap	10 mg	10 mg
4–7 nap	5 mg	10 mg

ABLAKTÁLÁS: az 1–3. napon 20–20 mg, a 4–7. napon 15–15 mg, a 8–10. nap 10–10 mg Norcolutot kell adagolni.

Klimaxos panaszokban: napi 5 mg (egy tabl.) adagolása javasolt. Kúraszerűen, hosszabb időn át. A kezelést sikertelenség esetén napi 25–50 mcg etinilösztradiollal (Mikrofolin tabl.) szükséges kiegészíteni.



MELLEKHATÁS: Ritkán előforduló és a későbbi ciklusokban megszűnő nausea, gastrointestinalis panaszok, áttöréses vérzés, esetleg ödéma, allergiás bőrreakció, paraesthesia, test-súlyváltozás, fáradékonyság.

FIGYELMEZTETÉS: Norcolut kezelés előtt a malignitás kizárandó. A kúra előtt onkológiai ellenőrzés szükséges.

MEGJEGYZÉS: ✱ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.

CSOMAGOLÁS: 20 tabl. 5,20 Ft

IV–XV. ker. Kórház-Rendelőintézet,
Ideggyógyászat
(főorvos: Kómár József dr.)

Schönlein–Henoch-purpura szövődményeként kialakult iliacus alagút syndroma

Kómár József dr., Cziffer András dr.
és Szegvári Mária dr.

A n. femoralis izolált megbetegedése meglehetősen ritka. A kiváltó ok leggyakrabban mechanikus tényező, de előfordul az is, hogy az izolált mononeuropathia háttérben általános betegség áll. A neuropathiát okozó betegségek közül a leggyakrabban a diabetes vezet a n. femoralis izolált bántalmához. *Calverley* és *Mulder* 19 femoralis neuropathiás betege közül 14-ben diabetes okozta a neurológiai tüneteket (4).

A medencében a n. femoralis szokványos sérülési helye a m. psoas, a m. iliacus és az őket fedő fascia között helyet foglaló ún. iliacus alagút (1. ábra). Az itt létrejött femoralis laesiók leggyakrabban oka vérbéjzószerű betegség, ill. trauma következtében támadó psoas-haematoma, amely az alagút lumene és az ideg között térrágytalanságot hoz létre, azaz az ideg komprimálódik. Az ilyen módon kialakuló klinikai tünetegyüttest *iliacus alagút syndroma* néven először *Aicrorth* és *Rowe-Jones* írta le 1971-ben (1).

Schönlein–Henoch-purpura következtében létrejött iliacus alagút syndromát ez ideig nem közöltek a világirodalomban.

Esetünk ismertetése

F. L.-né, 35 éves betegen 1968-ban állapították meg az OVSZ haematológiai osztályán a Schönlein–Henoch-purpurát, részint a purpurák, részint haematológiai és immunológiai vizsgálatok alapján. A többszörös recidiva miatt a beteg 1969-ben, 1973-ban 1976-ban és 1977-ben több más fővárosi belgyógyászati osztályon is feküdt, ahol a diagnózist ismételtelen megerősítették.

Diabetest mindenütt kizártak.

Felvételkor a beteg előadja, hogy különösen megterhelés hatására rossz közérzet, nemegyszer hidegrázás kíséretében mindkét lábán purpura jelentkezik. 1976-ban vette először észre, hogy a jobb lába gyengébb, fáradékonyabb. Úgy érzi, hogy ezen panaszai azóta fokozódtak, különösen a lépcsőn járás okoz nehézséget. A jobb combban állandó jellegű fájdalom

mat érez, amely éjszaka fokozódik. Trauma nem szerepel az előzményben.

Felvételkor a jobb lábszáron a feszítő oldalon és mindkét külső boka felett purpura látható. A j. o. iliopsoas és m. quadriceps izomereje csökkent, j. o. a patella reflex renyhébb. A j. comb elülső és medialis felszínén térdig terjedően hypaesthesiás, hypalgesias terület észlelhető.

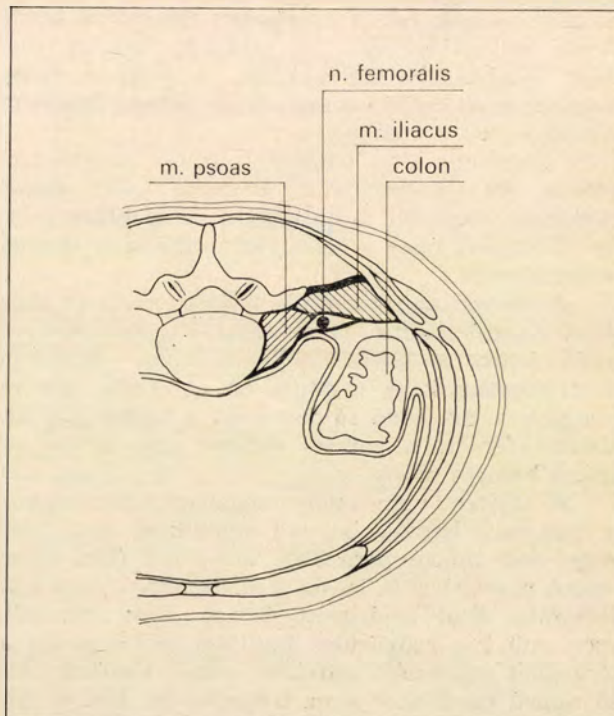
Vizsgálati eredmények: vizelet: negatív. Vérték: fvs.: 4000, hgb.: 15,9 g¹⁰⁰%, ht.: 41, Se: 32, Eo: 2, Ly: 66¹⁰⁰%. Süllő: 35 mm/h. RR: 120/80 Hgmm. Vércukor: 98 mg¹⁰⁰%. Vércukorterheléses próba normális. Nőgyógyászati vizsgálat: negatív. Mellkas felvétel: negatív. Alsó háti és lumbosacralis csigolyafelvétel: negatív. Liquor: Pándy: neg., sejtszám: 3/3, összfehérje: 22 mg¹⁰⁰%. EMG: a j. o. m. quadriceps femorisban peripheriás neurogen károsodásra utaló jelek láthatók (megnyúlt tartam, mérsékelt motoros reductio). Iv. pyelographia: a m. psoas j. o. tömegesebb, széle elmosódott, a középső harmadban fél centiméterrel szélesebb a bal oldalnál. Jobb oldalon az ureter az L. III. csigolya magasságában laterális irányban convex ívet ír le (2. ábra). Urológiai vizsgálat: a jobb oldali ureter dislocationnak, amely a normális variációt meghaladja, urológiai oka nincs.

Megbeszélés

A retroperitonealisan kialakuló vérömlenyek elhelyezkedésük alapján a következőképpen hozhatnák létre femoralis paresist.

1. a haemorrhagia intraneuralisan alakul ki (2);
2. a m. psoasban, ill. a m. iliacusban jön létre a haematoma (8, 12);
3. a vérömleny a peritoneum és a fascia iliaca között foglal helyet (3).

A következmény mindhárom esetben azonos: térrágytalanság lép fel az ideg és az alagút lumene között, ami az ideg kompressziójához vezet. Részint az idegre ható közvetlen nyomás, részint a vasa nervorum kompressziója miatt másodlagosan



1. ábra.



2. ábra.

létrejövő ischaemia vezet a klinikai tünetek kibontakozásához.

A hirtelen kialakuló vérömleny klinikai tünetei jellegzetesek: az alhasban, esetleg az inguinális tájon heves, alig csillapítható fájdalom támad, amely nemegyszer a comb elülső felszínére és a térd belső felületére is kisugárzik („névralgie apoplectiforme”) (14). A betegek jellegzetes kényszerszertartást vesznek fel: a csípőízület flexiós és kifelé rotált helyzetben van. A fájdalom néhány nap alatt rendszerint mérséklődik, a kényszerszertartás megszűnik és csupán tompa, húzó jellegű fájdalom marad vissza a combon.

A n. femoralis által beidegzett izmok paretikussá válnak. Az alhasban a m. iliopsoas felett olykor fájdalmas duzzanat tapintható, a psoas tünet pozitív. Előfordul, hogy a belső vérzés általános tünetei is észlelhetők.

A fokozatosan kialakuló haematoma nem okoz ilyen riasztó tünetet. Hiányoznak a belső vérzésre utaló jelek, a heves, csillapíthatatlan fájdalom nem jelentkezik. A combon észlelt enyhe, főként mozgáskor fokozódó fájdalom és a lappangva kialakuló femoralis paresis tünetei csak később vi-szik a beteget orvoshoz.

A klinikai vizsgálattal megállapítható, hogy a n. femoralis laesiója hol helyezkedik el, azaz felső vagy alsó típusú paresisről van-e szó (10). Felső típusú paresis (a laesio a medencében van) a n. femoralis által beidegzett összes izom gyengül, ezért mind a csípőízület hajlítása, mind pedig a térdízület extenziója csökkent erővel történik. Alsó típusú paresis (a n. iliopsoas ép, azaz a csípőízület flexiója kellő erővel történik és a kórképet a m. quadriceps femoris paresise uralja.

Érzészavar mindkét kórformában észlelhető a n. femoralis által beidegzett bőrterületen. A patella reflex renyhe, vagy kiesett.

Az iliopsoas haematomájának kimutatásában a tapintási leleten kívül jelentős szerepe van a röntgenvizsgálatnak. Az iv. pyelogrammon a haematoma oldalán a m. psoas széle elmosódott, az izom tömegesebb az ellenoldalánál és az ureter dislocált (6).

A retroperitonealis vérömlenyek hátterében többnyire vérzékenységgel járó kórkép, leggyakrabban haemophilia áll (8). A vérzés közvetlen kiváltó oka legtöbbször trauma. Leírtak azonban olyan eseteket is, amelyekben a m. iliopsoas traumás rupturája okozta a vérzést, és vérképzőszervi betegség nem volt kimutatható (7). Anticoaguláns kezelés szövődményeként fellépő psoas-haematomák is ismeretesek (11, 12, 13). Figyelmet érdemel Hood munkája, aki scorbut következtében előálló kétoldali iliopsoas-haemorrhagiát írt le (9).

A gyógyítási lehetőség korlátozott. Az alapbetegség esetleges kezelése mellett a fizioterápiától várhatunk eredményt. Anticoaguláns kezelés okozta kórkép javulhat a kezelés megszakítására (13).

A kizárólag traumás eredetű esetekben szóba jön a műtéti feltárás és neurolysis, azonban az irodalmi adatok alapján a gyógyulási eredmények nem jobbak a spontán gyógyulás esélyeinél (7, 22). A műtéti beavatkozás mindenképpen megfontolandó, mert a műtéti kockázat többnyire nagyobb a várható eredménynél.

Schönlein—Henoch-purpura okozta iliacus alagút syndromát eddig nem közöltek az irodalomban. Betegünkön az alapbetegség neurológiai szövődménye lassan fejlődött ki, nem okozott riasztó tüneteket.

A neurológiai vizsgálat felső típusú femoralis paresisre utalt.

Szokatlan az, hogy az érzészavar csupán a térdig terjedt, hiszen femoralis paresis (a lábszáron is kellene érzészavarnak lennie a n. saphenus ellátási területén). Magyarázatként azt a ritka anatómiai variációt említjük, amikor a n. saphenus már a térd magasságában véget ér, és ilyenkor a lábszár belső oldalát a n. tibialis egyik ága látja el érzőrostokkal (5). A psoas-haematomát iv. pyelographiával mutattuk ki (2. ábra). A trauma hiánya, a tünetek lassú kialakulása, a psoas-haematoma jelenléte alapján csaknem bizonyosra vehető, hogy a vérzés az évek óta több alkalommal recidivált Schönlein—Henoch-purpura következtében jött létre. Betegünk a gyógytorna és elektroterápia ellenére nem javult.

Esetünk ismertetésével felhívjuk a figyelmet arra, hogy vérzékenységgel járó betegségek, anticoaguláns kezelés kapcsán kialakuló peripheriás idegrendszeri panaszok, tünetek jelentkezésekor feltétlenül gondolnunk kell izom-haematoma okozta kompressziós neuropathia lehetőségére.

Összefoglalás. Szerzők a világirodalomban elsőként ismertetnek Schönlein—Henoch-purpura szövődményeként kialakult iliacus syndromát.

Részletesen tárgyalják a retroperitonealis haematómák kialakulásának okait és klinikai tüneteit. Kitérnek a diagnosztikai és gyógykezelési lehetőségekre.

IRODALOM: 1. Aichroth, P., Rowe-Jones, D. C.: Brit. J. Surg. 1971, 58, 833. — 2. Angstwurm, H., Frick, E.: Münch. med. Wschr. 1967, 109, 1103. — 3. Biemond, A.: Femoral neuropathy. In Vinken—Bruyn: Handbook of Clinical Neurology. North Holland Elsevier, Amsterdam—New York, 1970. — 4. Calverley, J. R., Mulder, D. W.: Neurology. 1960, 10, 963. — 5. Clara, M.: Das Nervensystem des Menschen. J. Ambrosius Barth,

Leipzig, 1959. Pp. 189. — 6. Cianci, P. E., Pistacelli, R. L.: JAMA. 1969, 210, 1100. — 7. Gertzbein, E. D., Ewans, D. C.: J. Bone Jt. Surg. 1972, 54-B, 149. — 8. Goodfellow, J., Fearn, C. B., Matthews, J. M.: J. Bone Jt. Surg. 1967, 49-B, 748. — 9. Hood, J.: New Engl. J. Med. 1969, 281, 1292. — 10. Kómár J.: Alagút szindrómák. Medicina, Budapest, 1977. — 11. Neundörfer, B., Kayser-Gatchalian, C.: Schweiz. med. Wschr. 1970, 100, 2069. — 12. Parkes, J. D., Kidner, P. H.: Postgrad. Med. J. 1970, 46, 146. — 13. Stewart, E. G.: Brit. med. J. 1976, 1, 263. — 14. Vigoroux, R. A., Roger, J., Giraud, M., Gosset, A., Hassoun, J., Duport, P.: Rev. Neurol. 1968, 118, 144.

OXYBION

por szirup készítéséhez

Antibioticum

ÖSSZETÉTEL: 1 üveg (16 g por) 5 000 000 NE Phenoxymethylpenicillin-Dibenzylaethylen-diaminum-ot tartalmaz.

JAVALLATOK: Penicillin terápia. Az összes penicillinérzékeny kórokozó (Streptococcus, Gonococcus, Pneumococcus, Staphylococcus stb.) által előidézett fertőzés kezelésére vagy megelőzésére; elsősorban tonsillitis follicularis gyógyítására. Előnyösen befolyásolhatók az enyhe és közepes súlyos felső légúti infekciók, továbbá tonsillitis, pharyngitis, bronchitis, otitis, valamint pneumoniák egy része. Alkalmas penicillin-érzékeny infekciókra hajlamosító — elsősorban Streptococcus okozta (pl. scarlat) — megbetegedések kivédésére is.

ELLENJAVALLATOK: A beteg penicillin-allergiája és a kórokozók penicillin-rezistenciája. Túlérzékenységre utaló jelek esetében nem szabad alkalmazni.

ADAGOLÁS: Az üveget nyakig feltöltjük csapvízzel (ivóvízzel, csecsemők esetében forralt, de lehűtött ivóvízzel), néhányszor erősen összerázzuk, míg egyenletesen sima szirupot kapunk. Egy adagolókanál 250 000 NE penicillint tartalmaz.

Terápiás adagok:

csecsemőknek: 3×1 adagolókanállal naponta
1–3 éves gyermekeknek: 4×1 adagolókanállal naponta
3–6 éves gyermekeknek: 3×2 adagolókanállal naponta
6–12 éves gyermekeknek: 4×2 adagolókanállal naponta

A kezelés időtartama általában 5–7 nap.

Megelőzés céljára kisgyermekeknek napi 1–2 kanál,
3–6 éves korú gyermekeknek 3×2 kanál.

MELLÉKHATÁS: A kezelés során elvétele a széklet lazulása észlelhető, ez azonban a gyógyszeradagolás befejezésével megszűnik.

FIGYELMEZTETÉS: Az üveg tartalmát minden használat előtt fel kell rázni. Az elkészített szirupot hűvös helyen kell tárolni, 10 napon túl felhasználni nem szabad.

MEGJEGYZÉS: ✱ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.

TÉRITÉSI DÍJ: 16 gr 6,- Ft



Előállítja:

BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen

ENTEROSEPTOL

gyermekszirup

Összetétel:

100 ml szirup 2,5 g cliquinolum hatóanyagot tartalmaz.

Javallatok:

Bacillaris és amoebás dysenteria, enterocolitis, erjedéses és rothadásos dyspepsia, nyári hasmenések.

Ellenjavallatok:

Máj- és veseelégtelenség, hyperthyreosis, jódagallergia.

Adagolás:

2–12 hónapig 3-szor 2,5 ml naponta,

1–6 évesig 3-szor 5 ml naponta,

6 éves kortól 3-szor 10 ml naponta

étkezés után.

Az adagolás céljára a dobozban elhelyezett adagolómérce szolgál.

Mellékhatások:

Émelygés, fejfájás, szédülés.

Figyelmeztetés:

Orvosi ellenőrzés nélkül legfeljebb 1 hétig, orvosi ellenőrzés mellett legfeljebb 1 hónapig szedhető megszakítás nélkül.

Egy hónapot meghaladó folyamatos alkalmazás után peripheriás neuropathia, myelopathia, atrophia nervi optici léphet fel.

Megjegyzés:

Csak vényre adható ki.

Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

Csomagolás:

1 üveg (100 ml) 3,30 Ft.



Egyt Gyógyszervegyészeti Gyár, Budapest

Öt ízben operált masszív gastrointestinalis vérzés

Nagy Attila dr., Baradnay Gyula dr.
és Pokorny Gyula dr.

Az akut gastrointestinalis vérzések okának és helyének pontos meghatározása, különösen a ritkán előforduló kórképek esetén nehéz feladat. A gyomor-bél rendszer vérzéseinek létrejöttében és fenntartásában több tényező együttes hatásának van szerepe, a vascularis laesio mellett döntő fontosságúak a nyálkahártya-pusztulást elősegítő faktoriális és a haemostasis zavarai (2). A vérzést okozó elváltozás felkutatásában a régóta ismert és az utóbbi évtizedekben bevezetett diagnosztikus eljárások közül az oesophago-gastroszcopiától, a selectiv angiographiától, ill. a recto-colonoszcopiától várható a legtöbb információ (10, 14, 20). Az említett vizsgálati módszerekkel, ill. a „fonal próba” valamely módosított formájával ezeket kiegészítve (4, 8, 21) a gyomor-bél rendszer végig vizsgálható, s nagy anyagon gyűjtött adatok szerint 85–95%-ban sikerül a vérzés forrását megtalálni (11, 15, 17, 20). A felderítetlen esetek nagy részét a ritkán előforduló kórképek és a nem tipikus elhelyezkedésű vérzések alkotják. Diagnosztikailag legnehezebben az intermittáló, viszonylag lassú ütemű vérzések közelíthetők meg. Ugyanis selectiv angiographiával csak bizonyos vérzési volumen felett kaphatunk megbízható eredményeket (18, 19). A vérzési szünetekben a többi vizsgálati módszerrel is hamis negatív eredményt kaphatunk. Subacut, intermittáló, súlyos krónikus anaemiát fenntartó vagy nagyfokú, a beteg életét veszélyeztető vérzések esetén a sebész pontos diagnosis nélkül gyakran ún. „vak” sebészi beavatkozásra kényszerül. E műtétek mortalitása többszöröse a pontosan ismert vérzésforrás alapján végzett beavatkozásokénak (5). A sokszor kétségbeesett körülmények között végrehajtott, ismételt sebészi beavatkozások járnak a legrosszabb kilátásokkal.

Esetünk nemcsak a ritka vérzésforrás miatt tekinthető különlegesnek, hanem azért is, mert — öt műtéttel ugyan — végül is sikerült a vérzés forrását megtalálni, s a vérzést megszüntetni.

Esetismertetés

G. E., 63 éves nőbeteg 1975 augusztusában került első alkalommal melaena miatt belgyógyászati osztályra. Ulcus duodeni diagnosissal távozott. Októberben ismét felvételre került súlyos anaemia miatt. Naponta többször volt melaenája. Mivel a vérzés for-

rását nem sikerült megtalálni, 1975. november 17-én a vizsgálati intézmény sebészeti osztályán megoperálták a beteget. Gastrotomiát végeztek, ulcust azonban nem találtak. A gyomor kiscsőbületi oldalán elhelyezkedő polypban vélték a vérzés forrását felfedezni, s ezt eltávolították. (Szövetten: polypus adenomatosus ventriculi.)

Egyhónapos tünetmentesség után a beteg melaena miatt ismét felvételre került, újra eredménytelenül explorálták. A panaszok egyre súlyosabbakká váltak, ezért a beteget gastroenterológiai centrumba szállították, ahol a vérzés forrását nem sikerült ugyan megtalálni, de az antrumban submucosusan elhelyezkedő tumort tételezték fel. Emiatt 1976. február 24-én harmadszor is feltárták a beteget és a gyanús képletet eltávolították. Az elváltozás szövettanilag nem specifikus sarjszövettel körülvett fonal-granulomának bizonyult. E műtét alkalmával figyelték meg, hogy a friss vér a duodenum felől ürül, a gyomorban vér nem volt. A vékonybeleket áttekintve az ileum utolsó 110 cm szakaszában vért észleltek, ezért ezt a bélszakaszt resectálták. Sajnos a műtét ismét eredménytelen volt, mert a beteg változatlan ütemben vérzett továbbra is.

1976 áprilisában selectiv arteria mesenterica superior angiographiát végeztek, de kóros elváltozást nem sikerült kimutatni. Ezek után a beteg sebészeti klinikára került, ahol gastroduodenosopia során 90 cm mélységből láttak szivárgó vérzést, de magát az elváltozást nem sikerült észlelniük. 1976. április 29-én laparotomiát végeztek. A vérzés fogsortól való távolsága ismeretében a flexura duodenojejunalis magasságában készült enterotomia, és megállapították, hogy a duodenum felől észlelhető a vérzés. Helyét azonban pontosan meghatározni nem sikerült. 1976. május 28-án többszöri transfusio után hazabocsátották a beteget, aki a továbbiakban a területileg illetékes kórház ellenőrzése alatt állt. Állapota azonban továbbra is válságos volt, mivel csak heti 800–1200 ml vérről volt életben tartható. Ekkor a Szegedi Orvostudományi Egyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika vette át további vizsgálatokra. Itt sugárfogó anyaggal jelzett Einhorn-szalaggal a vérzésforrást a fogsortól 80 cm-re találták. Ez a hely a gastroduodenosopia során a pars horizontalis inferior duodeniinek bizonyult, ahol erőteljes vérzést láttak, mely a vérzés forrását elfedte. A selectiv angiographia megismétlése nem sikerült, mivel a kathetert arteriosclerosisos szűkület miatt felvezetni nem lehetett. A vérzés tovább folytatódott változatlan ütemben, ezért a beteget az I. sz. Sebészeti Klinikára helyezték át.

Az anamnesticus adatokból a vérzés helyének megállapítása szempontjából az utóbbi vizsgálatok mellett az 1976. április 28-án történt jejunum exploratio alkalmával leírt duodenum felőli vérzést ítéltük döntő jelentőségűnek. Így körvonalazható volt, hogy a vérzés a duodenum középső vagy alsó szakaszából eredhet.

1976. szeptember 23-án — ötödízben — került feltárássra a hasüreg. A duodenum Kocher szerinti mobilizálása után megnyitottuk a nyombalet a Vater-



papillával szemben. Alaposan kitörölve a vért, a pars horizontalis inferior duodeni felől szívdagó vérzést észleltünk. Ezek után felkerestük a flexura duodenojejunalis területén előzőleg végzett enterotomia helyét. Az arteria mesenterica superior törzse mögül kipreparáltuk a duodenomot és a jejunum átvágása után előemeltük. Közvetlenül a Vater-papilla alatt resecáltuk a duodenum pars descendensét és orális csomját vakon buktattuk. A műtét első lépéseként — a Vater-papillával szemben készített nyíláshoz — oldal az oldalhoz anastomosist készítettünk a jejunumból készített kaccsal (op.: Baradnay dr.).

A műteti preparátum vizsgálatakor a resecatum-ban kiürült haemangiómát észleltünk, s egyéb eltérés híján ezt ítéltük a beteg tartós vérzését okozó elváltozásnak. Szövetani vizsgálattal (szegedi Kórbontani Intézet) a submucosában arteriolák és venulák láthatók. Az elváltozás haemangiómának, ill. multiplex venectasiának minősíthető.

Bár a műteti leletet és szövettani eredményt magunk sem tekintettük meggyőzőnek, a beteg vérzése a műtét után megszűnt, s az elmúlt két év során végzett belgyógyászati ellenőrzések során is tünet- és panaszmentes volt.

Megbeszélés

Az érmegbetegedések következtében fellépő gastrointestinalis vérzések közül kétségtelenül a portalis hypertensio okozta oesophagus-, ill. cardia-vérzések a legfontosabbak. Ezek az összes gyomor-bél tractusban keletkező vérzés 20–25%-át teszik ki, s így a fekély okozta vérzések után a második leggyakoribb kóroknak tekinthetők.

Alberti 1931-ben közölte, hogy a nyelőcső-varixok keletkezéséhez hasonló mechanizmus útján a duodenum submucosus vénái is kitágulhatnak, s vérzést is okozhatnak. Ezt a megfigyelést azóta többen is megerősítették, s a tágult vénákat mind radiológiai, mind endoscopos módszerrel sikerült kimutatni (3, 12, 13). A duodenalis varixok azonban mindig csak nyelőcső-varicositással együtt fordulnak elő. Ismertetett esetünkben ilyen elváltozást többszöri oesophago-gastroscopiával sem sikerült kimutatni, s klinikailag sem észleltünk portális hypertensióra utaló fizikális, ill. laboratóriumi jelet.

A submucosába lépő arteriolák átmérőcsökkenésének elmaradása jellemző az ulcus simplex Dieulafoy v. „calibre persistence” nevű betegségre. A kóros ereket fedő nyálkahártya kifeléyesedik, s vérzés keletkezik. E betegséget azonban jellegzetesen a gyomor fundusán, ill. a cardia körüli területeken írják le. Duodenalis előfordulásról nincs tudomásunk (7, 15, 16). Az Osler-kór gastrointesti-

nalis manifestációja esetén haemangiómák találhatók a gyomor-bél rendszer szinte minden területén. Ilyenkor az elváltozás általában többszörös, és legtöbbször a kültakarón is észlelhetők teleangiectasiák. A betegség familiáris előfordulása (6, 9, 22). A felsorolt tünetek és jellegzetességek hiányában betegünk Osler-kórosnak sem tekinthető. A gyomor-haemangiómák viszonylag gyakran szerepelnek vérzési okként (15). Éppen ezért feltűnő, hogy Sedgwick és Sigman a különleges duodenum-elváltozások felsorolásakor a duodenum haemangiómáról említést sem tesznek, s az utolsó öt év hazai irodalmában sem találhatunk e betegségről közleményt. Pedig mint esetünk is mutatja, a duodenumban is keletkezhet életveszélyes vérzést okozó haemangioma.

Esetünkben négy sikertelen próbálkozás után sikerült e ritka elhelyezkedésű és előfordulású vérzésforrást megtalálnunk, s ezzel a beteg szinte már kilátástalan helyzetén gyökeresen fordítanunk.

Összefoglalás. A szerzők a subacut, intermitáló gastrointestinalis vérzést okozó, nem tipikus elhelyezkedésű elváltozások diagnosztikus nehézségeiről szólva ismertetik a duodenum pars horizontalis inferiorjában elhelyezkedő haemangiómás esetüket, amelyben — öt műtéttel ugyan — sikerült a vérzésforrást megtalálni és resectióval megszüntetni.

IRODALOM: 1. Alberti, W.: Fortschr. Röntgenstr. 1931, 43, 60. — 2. Varró V.: Orvosképzés. 1968, 43, 475. — 3. Bateson, E. M.: Brit. J. Radiol. 1969, 42, 744. — 4. Bárány F., Nilsson, L. H.: Gut. 1970, 11, 307. — 5. Berkowitz, D.: Amer. J. Gastroent. 1963, 40, 372. — 6. Bruusgaard, A., Juhl, E.: Gastroenterology. 1974, 67, 1001. — 7. Domján L. és mtsai: Endoscopy. 1975, 7, 169. — 8. Einhorn, M.: Med. Rec. (N. Y.) 1909, 75, 549. — 9. Figus A. I., Simon L.: Endoscopy. 1971, 3, 159. — 10. Hedberg, S. E.: Surg. Clin. North Am. 1974, 54, 549. — 11. Hedberg, S. E.: Surg. Clin. North Am. 1968, 46, 499. — 12. Kunert, H., Ottenjann, R.: Endoscopy. 1976, 8, 99. — 13. Kuniskai, E. és mtsai: Endoscopy. 1973, 5, 101. — 14. Palmer, E. D.: JAMA. 1969, 207, 1477. — 15. Regös J. és mtsai: Orvosképzés. 1976, 51, 388. — 16. Rossi, N. P. és mtsai: Arch. Surg. 1968, 97, 797. — 17. Sedgwick, C. E., Reale, V. F.: Surg. Clin. North Am. 1976, 56, 695. — 18. Sedgwick, C. E., Sigman, D.: Surg. Clin. North Am. 1976, 56, 709. — 19. Szilágyi L., Szutrély F.: Röntgen Bl. 1976, 29, 119. — 20. Tóth É. és mtsai: Orv. Hetil. 1976, 117, 1872. — 21. Valtonen, E. J.: Gastroenterologica (Basel) 1967, 107, 216. — 22. Weingert, J. és mtsai: Endoscopy. 1975, 7, 160.

Felhívás Szerzőinkhez!

Az Orvosi Hetilap szerkesztési és nyomdai munkáját, ezzel a dolgozatok megjelenését nagymértékben elősegíthetik és meggyorsíthatják, ha közlésre szánt írásait kulturáltan, nyomdakész állapotban juttatják el a szerkesztőséghez.

E szerkesztőségi közleményünkben a leggyakoribb hiányosságok — korántsem teljes — felsorolásával megkíséreljük megóvni az Orvosi Hetilap szerzőit.

1. *A dolgozat fejléce:* az intézetek, egyetemek névadóinak nevét kegyeletstörően ne rövidítsék (pl. SOTE, ELTE, JATE). A fejléc tartalmazza az intézet rövidrefogott, pontos megjelölését. Klinikák, országos intézetek, elméleti intézetek esetében az igazgató, kórházi osztályok esetében az osztályvezető főorvos nevének említésével (pl. Semmelweis Orvostudományi Egyetem, I. Belgyógyászati Klinika; igazgató: Magyar Imre dr.).

2. *A dolgozat címe:* törekedjünk rövid és informatív címre. A cím fedje a dolgozat tartalmát.

3. *A szerzők megjelölése:* teljes nevük és doktor címük (dr.) kiírandó, de a rangjukra vonatkozó jelölés mellőzendő. A szerzők száma műfajtól függően lehetőleg ne legyen több 6-nál és a szerzők között csakis az érdemi tudományos munkában valóban résztvevők szerepeljenek.

4. *A dolgozat összefoglalása:* íródjék harmadik személyben, és legyen önálló, gondosan megszerkesztett, tömör, világos írásmű, amelyből a sietős olvasó tájékozódhat a dolgozat lényegi mondanivalójáról. Terjedelme — műfajtól függően — ne legyen több 15 sornál (mintegy 100 szónál).

Az Összefoglalást ne foglaljuk pontokba és abban csak a leglényegesebb számadatok forduljanak elő. Négy példányban küldendő be az idegen nyelvű fordítások céljaira. Élén kérjük feltüntetni a szerzők nevét és a dolgozat címét. A gondosan megírt összefoglalásra azért hívjuk fel külön is a szerzők figyelmét, mert foglalkozunk azzal a gondolattal, hogy a szakfolyóiratok túlnyomó részének gyakorlatához hasonlóan azt a dolgozatok élén kiemelve adjuk közre.

5. *A dolgozat írásának és megszerkesztésének módja:* a dolgozatokat szabványos A/4 méretű papírlapokra 2-es sorközzel szabvány szerint gépeljük (oldalanként 30 sor, soronként 60 leütés). A dőlt betűs (kurzív) kiemelések: a szerzők nevei, az ábrákra és táblázatokra történő hivatkozások, a kéziratban egyszer húzandók alá. A túlzott mennyiségű dőltbetűs szöveg nem hat kiemelésként, ezért mellőzendő. Egyéb kiemelések a nyomtatott szövegben nem hatnak esztétikusan (pl. vastag betű; fett, csupa nagybetű: VERZÁL) ezért a lehetőség szerint nem alkalmazandó. Az apróbetűs (petit) szedésre szánt szövegrészeket is az említett sortávolsággal gépeljük és azt a margón jelöljük. A módszert, esetismertetést, kevésbé fontos szövegrészeket apróbetűs szedésre kérjük jelölni. A dolgozatok terjedelme a műfajtól függ. Törekedjünk rövidegre. A kézirat húsz szabvány gépelt oldal-

nál (mellékletekkel együtt) nem lehet több, hacsak a szerkesztőséggel előzetes megállapodás nem történt.

Tanácsoljuk a dolgozatokban szokásos struktúra „tagolás” alkalmazását, amely a dolgozat gondolatmenetét és logikai felépítését elősegíti. A dolgozat bevezetése exponálja a kézirat tárgyát. Az anyag és módszer alfejezetben a vizsgálatokban szereplő betegek stb. kiválasztásának módját és kritériumait adjuk meg. Az alkalmazott módszerek közül a standard módszerekre elegendő utalni, az újabb vagy általánosan nem ismert módszereket olyan mértékig jellemezni, hogy az reprodukálható legyen. Szükségtelen a dokumentáció (pl. boncolási jegyzőkönyv stb.) számának megjelölése. Az eredmények között csak a lényeges adatokat adjuk meg logikai sorrendben. Lehetőleg számszerűen szerepeljenek az eredmények.

Az SI = Systeme International d'Unités által előírt új mértékegységek használata a tudományokban a közeljövőben kötelező lesz, kérjük a mennyiségi értékeket SI-ben, majd feltétlenül zárójelben a hagyományos értékeket is megadni. A táblázatban vagy ábrában szemléltetett eredményeket a szövegben ne ismételjük meg (a szövegben a zsúfolt számadatok nehezen követhetők), hanem inkább csak utaljunk azokra. Ahol szükséges, a számadatokat statisztikailag is elemezzük, de tegyünk különbséget a matematikai és biológiai szignifikancia között. Százalékos értékeket általában ne közöljünk konkrét számadatok nélkül, kis számokból ne százalékoljunk! A *Megbeszélés* csak diszkutábilis anyagot tartalmazhat, ahol ilyen van. Irodalmi adatok csupasz felsorolása, klinikum és más ehhez hasonlóak nem igényelnek megbeszélést.

A *Köszönetnyilvánítás* a dolgozat szövege és az összefoglalás közé kerül petit jelzéssel, abban csak az érdemi segítséget nyújtókat szerepeltessük.

6. *Irodalmi hivatkozások:* csak a valóban elolvasott, feldolgozott, a dolgozat megírásához feltétlenül szükséges cikkekre hivatkozunk. Ne feledjük, a kritikusan, igényesen és gazdaságosan megválogatott szakirodalom is jellemzi a dolgozat szerzőjét. A hivatkozások száma — műfajtól függően — legyen korlátozott, a százat csak kivételesen érheti el előzetes megállapodás alapján. Ugyancsak műfajtól függően nem szükséges minden magyar szerzőtől megjelölni a dolgozat felsorolása, csupán azok említendőek, amelyeknek az adott esetben határozott jelentőségük van. A szövegben csak az irodalomjegyzék sorszáma hivatkozunk

zárójelben. A dolgozat végére illesztett irodalmi felsorolásban a sorszámot követően alfabetikus egymásutánban adjuk meg az idézett szerzőket és a megjelenés helyének pontos megjelölését. Háromnál több szerző esetén csak az első szerző nevét írjuk ki, a társzerzők helyett „és mtsai” rövidítéssel. A szerző(k) nevét egyszer aláhúzzuk, majd kettőspont után következik a folyóirat nemzetközi rövidítése (a World Med. Periodicals List szerint) utána a megjelenés évszáma, kötetszám (egyszer aláhúzva), majd az idézett cikk kezdő oldalszáma következik. A cikk címét ne adjuk meg (pl. Petri G.: Orv. Hetil. 1978, 119, 3167.). Ha a hivatkozás tárgya könyv, a következő adatok közlendők: a szerző, ill. szerkesztő neve (utóbbi esetben megjelölendő: Szerk.), a mű címe, a kiadó neve, a kiadás helye, éve, oldalszám (pl. Juhász P.: A klinikai neurológia alapjai. Medicina, Budapest. 1971. 375. old.).

Az irodalomjegyzék szövegét ne folyamatosan — bár a szedése így történik —, hanem tételenként külön bekezdéssel gépeljük, mert folyamatos gépelés esetén a szedő számára ez rendkívül fárasztó, zavaró és nagyobb a hibalehetőség.

7. A dolgozat megírásának, fogalmazásának módja: legyen világos, érthető, tömör, magyaros. Kerüljük az idegen szavak halmozását, az orvosi nyelvet szennyező, idegen — főleg angol — nyelvből átvett kifejezések használatát. Ilyeneket csak akkor alkalmazzunk, ha azok már polgárjogot nyertek. Olykor az idegen szót (kifejezést) zárójelben adjuk meg. A dolgozat ne legyen terjengős. Önkényes rövidítéseket ne használjunk. A rövidítéseket első használatkor zárójelben adjuk meg. Nem alkalmazható a rövidítés a címben és az Összefoglalásban. Több rövidítés esetén azokat összegyűjtve az 1. oldal alján lábjegyzetben soroljuk fel. Az írásmód terén csak általános irányelvek adhatók: azon görög és latin eredetű szavakat, amelyek a magyar nyelv gyakorlatában közhasználatúak lettek, fonetikusán írhatjuk (pl. intenzív, krónikus stb.), azok a szavak, amelyek szinte kizárólagos szakmai használatuk miatt nem váltak közhasználatúakká, etimológiai helyesírással írandók (pl. dysmenorrhoea stb.). Ugyanazokat a szavakat írjuk egy dolgozaton belül jól és azonosan. A helyesírással vonatkozóan tájékoztatást nyerhetünk Brencsán János: Orvosi Szótár, Terra Kiadó, Budapest műből. A mikroorganizmusok nevét a Nemzetközi Taxonómiai Bizottság határozatainak megfelelően írjuk. A hatóanyagokat kis kezdőbetűvel, a gyógyszerek gyári védett nevét nagy kezdőbetűvel írjuk.

8. Az ábrák: csak a leginkább informatív és a legszükségesebb ábrákat mellékeljük. Az árnyaltos felvételeket (autotípiák) soha ne az eredeti röntgenképből (felvételben), hanem annak kicsi-

nyitott változatában küldjük be. Legyenek tekintettel a szükséges kicsinyítésre, a képek felületére ne rajzoljanak! Célszerű a fotóhoz illesztett pauszpapírra rajzolni. Ha az ábra nehezen értelmezhető, helyes vonalas sémát is mellékelni. Színes ábrák, diafilmek klisékészítésre nem alkalmasak! A vonalas ábrákat (fototípiák) a lap egységes tipográfiai képe, továbbá azok demonstrabilisabbá tétele céljából átrajzoltatjuk. Ez jelentős anyagi ráfordítást igényel. A kész klisé nem javítható; ezért ügyeljenek az ábraszerkesztésre; törekedjenek világosságra, egyértelműsége. Szövegük írásmódja a kéziratéval legyen azonos! Idegen nyelvű szöveg nem használható. Az ábrákon a szöveget ne írják csupa nagybetűvel (verzál). Gondoljanak arra, hogy a rajzoló nem orvos. Kérjük, hogy a kefelevonaton javítsanak. Ábramagyarázat: külön lapon csatolandó a dolgozathoz; az ábraszöveg legyen rövid. A szövettani metszetek ábramagyarázatában megemlítendő a festési eljárás és a nagyítás mértéke.

9. A táblázatok: számukat csökkentjük minimumra, lássuk el címmel és magyarázó szöveggel. Mind a táblázatok, mind az ábrák legyenek önmagukban is — a dolgozat szövegének ismerete nélkül — érthetők. A szövegben könnyedén elhelyezhető számadatokat ne foglaljuk táblázatba. Ugyanazon adatokból nem készülhetnek táblázatok és ábrák is. A táblázatok nem rajzolhatók, nem gépelhetők a dolgozat szöveges részei közé! Külön lapra (lapokra) gépelendő! S táblázatok címeit, szöveges részét ne írjuk végig nagy — nyomtatott — betűvel (verzál). A táblázatok számadatai és az azokkal elvégzett műveletek eredményei ellenőrizendők. A táblázatok alkalmazkodjanak a lap tipográfiájához. A táblázatokban nincsenek választó léniák, a rovatfej és az oszlopok szövege azonos betűhelyen kezdődnek.

10. Az el nem fogadott kéziratokat archivumunkban őrizzük meg és azokat nem adjuk vissza.

11. Egyéb tudnivalók. Az előzetes közlemény a prioritás védelmét szolgálja, amíg a felismert tény bizonyítása még csekély anyagra támaszkodik. A könyvismertetés önálló kis írásmű, amely nem a recenzióra kerülő mű fejezeteinek taxatív felsorolása, hanem az egész könyv lényegének kritikai ismertetése. (A könyvismertetésre vonatkozó álláspontunkat részletesen kifejtettük az Orv. Hetil. 1979. évi 120. évf. 1025. old.)

A szerkesztőségi feldolgozás során a kéziratban végzett szerkesztői javítások megváltoztatása csak előzetes megbeszélés után lehetséges.

A párhuzamos hazai közlést általában kifogásoljuk és kívánatosnak tartjuk arról a szerkesztőséget tájékoztatni. Külföldi közlés szándéka esetén is a hazai publikáció elsőbbségét tartjuk kívánatosnak.



BESZÁMOLÓK, JEGYZŐKÖNYVEK

A Nemzetközi Baleseti- és Közlekedésvédelmi Társaság I. Konferenciája a baleseti helyszíni elsősegélynyújtásról (Oslo, 1979. június 20–23.).

Csak helyeselni lehet a rendező társaságnak azt a döntését, melylyel a címben szereplő témát, annak jelentősége és aktualitása miatt, nemzetközi konferencia szintjére tűzte ki. Védnökséggel, támogatás-bekapcsolódással komoly súlyt adott a rendezvénynek több ismert, nagy tekintélyű szervezet, illetve testület (Egészségügyi Világszervezet, Vöröskereszt Társaságok Ligája, Nemzetközi Katasztrófa-Medicina Társaság, Anaesthesiologus Társaságok Világszövetsége, Nemzetközi Turizmus Szövetség, Autós Orvosok Társaságainak Nemzetközi Uniója, Mainzi Klub, Norvég Közlekedésvédelmi Társaság, Norvég Automobil Szövetség). Jelzi a konferencia és témája iránti érdeklődést, hogy azon 5 világ-rész 35 országából több mint 200 szakember vett részt. A szocialista országokból Magyarország, Szovjetunió, Lengyelország és Jugoszlávia képviselői voltak jelen, a 11 ülésszakra tagoló konferencián.

Az I. ülésszak 9 előadása az elsősegélynyújtás helyzetének áttekintését adta világméretben. Már az első előadás is kiemelendő; lényegében a hiányok és tennivalók nagyon őszinte számbavételét kísérelte meg; tételesen kontinensenként értékelve a — sajnos eléggé kedvezőtlen — helyzetet (a mentődoboz nem minden ország gépjárművein kötelező, s ahol van is, nem tudják használni; a biztonsági öv, illetve bukósíkok sincs mindenütt előírva; stb., stb.). Igen jó javaslatokkal fordul az országok kormányzataihoz: tegyék mindenütt kötelezővé a mentődoboz, biztonsági öv, bukósíkok használatát; gépjárművezetői jogosítvány megszerzésének legyen egyik előfeltétele, az eredményes vizsgával zárult elsősegélynyújtás tanfolyam elvégzése; az elsősegélynyújtást kötelezően be kell vezetni az iskolai oktatásba, s folytatni annak minden szintjén; egységessé kell tenni az elsősegélynyújtás terminológiáját és módszereit is.

Érdekes volt a balesetek epidemiológiájával foglalkozó második előadás; tekintettel a nemzetközi gyermekkévre, a gyermekbaleseti halálozást súlyozta. Néhány adatát érdemes idézni: az 1–14 éves gyermekek baleseti halálozásának Földünkön két leggyakoribb oka a közlekedési baleset és a vízbe fulladás. Közlekedési balesetek tekintetében a legtöbb gyermekhalál Észak-Amerikában, azután Óceániában, majd Európában fordul elő; vízbe fulladásos gyermekhalál Óceániában a legtöbb, de ebben alig van különbség az egyes kontinensek között. Minden földrészen a fiúk részaránya magasabb. Szomorú tény, hogy dinamikáját nézve a gyermekbalesetek összes gyakorisága, különböző ütemben, de állandóan emelkedik. Világszerte növekvő gondot okoz a háztartásban történt gyermekbalesetek számszerű növekedése, különösen a magasan civilizált területeken.

A további előadások a Vöröskereszt szerepével, különleges szakmai társulások tevékenységével, az elsősegély oktatásának kérdéseivel foglalkoztak. Egy előadás a fejlődő országok baleseti képét adta, nagyon érdekes tendenciákat tárva fel (pl. a lassabban formálódó életforma és a robbanásszerűen fejlődő technika összefüggései).

A mesterséges lélegeztetés kérdései 4 előadásban töltötték ki a II. ülésszakot, mely lényegében az az eszközös kivitelezés mellett foglalt állást, hangsúlyozva azonban, hogy a légzés pótlása eszköz nélkül is azonnal megkezdendő.

A III. ülésszak 8 előadása az elsősegélynyújtás értékével, hatékonyságával, s konkrét módszereivel foglalkozott. A helyszíni segélyteendőinek kitűnő táblázatos felsorolását több előadás vetítette; szó volt még a szállítás alatti beavatkozásokról, a vízbőlmentés általános kérdéseiről, tömeges sérülttel járó balesetekről és elemi katasztrófákról. Az előadásokból egyértelműen kiderült, a helyszíni elsősegély és az ellátás megkezdésének fontossága.

A IV. ülésszak 16 előadása az elsősegélynyújtás oktatási (képzési-továbbképzési) problémáit vette sorra, két területre (laikus, illetve hivatásos segélynyújtók) bontva. Az első rész hangsúlyozottan az iskolákban (elemi- és középfokú tanintézetek) bevezetendő, illetve bevezetett oktatással foglalkozott, rendszerint az előadók saját tapasztalatairól beszámolva. Igen jól esett hallani, hogy többen szorgalmazták az úszás-oktatás kötelezővé tételét már az elemi iskolákban. Mindenki megegyezett abban, hogy az elsősegélynyújtásban minimumra kell redukálni az elméletet, s csaknem teljes egészében gyakorlati tanítás nyújtandó; ez azonban legyen kötelezően szerves része az általános, iskolai tanulmányi programoknak. Mivel előfordul, hogy a baleset helyszínén az akármilyen jól képzett iskolás gyermeket a felnőttek nem fogadják el illetékesnek, volt aki javasolta, hogy inkább a serdülők

oktatását kell bővíteni. Az előadások zöme — sajnos — általános elvi kérdéseket vetett fel; arról még volt szó, hogy csak az életmentő beavatkozásokat kell oktatni (s itt szinte minden előadó az újraélesztést hozta fel); de időterjedelem, óraszámok, tanterv stb. javaslatokkal adósak maradtak. Viszont nagyszámú különféle tesztlap szerepelt ajánlasként a hatékonyság ellenőrzésére (néha túlzásbarmenően, matematikai „agyon”-alátámasztási formulákkal). A másik rész a hivatásos mentők képzésével foglalkozott; az előző résznél még általánosabban. Innen-onnan azért össze lehetett szedni annyit, hogy a hivatásos vagy önkéntes mentőt életmentő beavatkozások elvégzésére, sebkötözésre, rögzítésre és vízbőlmentésre (!) is ki kell képezni. Böven szerepeltek itt is értékelő tesztlapok. Egy egészen jó oktatási témavázlatot láthattunk, s két érdekes előadásból képet kaptunk a fejlődő országok törekvéseiről.

Súlyos sérültek helyszíni orvosi elsősegélyéről az V. ülésszak szólt, 9 előadásban. Legnagyobb terjedelmet a vérvesztés pótlás és a helyszíni fájdalomcsillapítás kérdései tették ki. Sarkvidéki éghajlatnál az infundálendő oldat 20–37 °C-ra melegítendő fel; forró égővön célszerű testhőmérsékletre hűteni. Rögzítési módszert hallottunk gerinctörés esetén és különféle respirátor-készülékek előnyeit is megismerhettük. Kiemelkedően érdekes volt egy előadás a beszorult sérültek infundálásáról.

A VI. ülésszak 5 előadása a gépjárművezetők elsősegélynyújtási oktatását szorgalmazta. Nagy terjedelmű vizsgálatok (természetesen teszt-lapok igénybevételével) bizonyították, hogy a járművezetők segélynyújtási ismeretei hiányosak. Jogosítványt az ne kaphasson, akinek nincs eredményesen elvégzett elsősegélynyújtási tanfolyama — lényegében minden előadás mottója ez volt.

Kitűnő volt teljes egészében a VII. ülésszak, melynek 4 remek előadása a stabil oldalfekvéses testhelyzettel foglalkozott; alapul véve különböző sérülésformákat, meggyőző kazuisztikával bővítet-

A cardiopulmonalis resuscitatio (CPR) adta az ugyancsak igen jó VIII. ülésszak 6 előadásának témáját. A légzés újraélesztése vita nélküli, de a szívmasszázs vajon oktatható-e a laikusoknak? Több előadó ismertette saját vizsgálatait a módszerre vonatkozóan; volt aki a mellkasfalra gyakorolt nyomást kg-ban, más a mellkasfal nyomására történő sülyledést hüvelykben adta meg; ismét más a helyes kéztartás fontosságát emelte ki. Nagyjából kialakult egy olyan vélemény, hogy amikor nincs veszteni való, akkor kellő körültekintéssel, laikus is végezheti a szívmasszázszt, sőt kell is végeznie, tehát oktat-

ható a módszer. Többek szerint az oktatott laikusok színvonalát (iskolázottságát, kulturáltságát) is figyelembe ajánlatos venni, különösen fejlődő országokban. Őszinte, vitakész, jó légkörű ülészak volt.

Kifejezetten szürkének bizonyult a IX. ülészak. Összesen 6 előadás volt a mentő szakfelszerelésekről és a legkülönbözőbb elsősegélynyújtó táskákról (autóra, motor-kerékpárra, sporthoz, háztartásba, iskolába, égések, kigyómarások esetén stb.). Igen ügyes volt az a megoldás, melynél pl. a táska használatát a felhelyezhető matrixok könnyítik (ez laikusoknál jó és helyes, de orvosi táskánál bántó lehet). Különben mindegyik törekvés „célrányzott” volt, de a csodálatos kivétel és csomagolástechnika mögött sejtethető volt az üzleti háttér (nem is nagyon leplezetten). Több cég is bemutatta termékeit, de nem volt túl nagy az érdeklődés; szakmai újdonságok lényegében nem is adódtak még a szakfelszerelésekben sem.

Ismét kitűnő 12 előadást kapunk viszont a X. ülészak során, melynek témáját a mentőellátási rendszerek adták. Nagyon érdekes és színes áttekintésben volt részünk, főleg a szervezési és működési kérdések kiemelésével. Mentőteam-ek problematikája, a falusi területek mentőellátása, mentőjárművek működésszervezése, a közlekedési balesetek mentőellátásának sajátosságai, a hadsereg, a rendőrség és a tűzoltóság bekapcsolódása, egy-egy ország, körzet, település adaptált mentőszolgálatai, a

sérültek osztályozásának szervezése, mentés katasztrófa-helyzetben, légi mentés szervezete stb. — mind érdekes előadás volt. Az egész konferenciának ez a talán legsikerültebb ülészaka.

Az egyes ülészakoknál már említett ajánlások összefoglalása és az ünnepélyes zárás volt a XI. ülészak programja.

Értékelésként megállapíthatjuk, hogy az érdekes és értékes mondanivalójú konferencia számunkra is haszonnal járt. Jól megfelelt annak az igénynek, hogy mind a fejlett, mind pedig a fejlődő országok számára adjon áttekintést, szemléletet, példákat és módszereket is. Az előadások nyomán mód nyílt a szakemberekkel — régi vagy új ismerősökkel — a hallottakat tovább vinni, gondolatokat formálni; kötetlen megbeszélésekkel előbbre jutni.

Számunkra a konferencia elsősorban azt jelentette, hogy látásmódunkat, álláspontjainkat és hazai gyakorlatunkat megerősítette. Egyetlen példával világítanánk erre reá.

Szinte minden ülészakon követhető volt, hogy milyen sok gondot, ellátási „insufficienciát”, gyakran megoldhatatlan nehézséget okoz a centralizált irányítású, homogén szervezésű tipizált felszerelésű, egységesre szabályozott mentőszolgálat hiánya. Teljes őszinteséggel vetették fel sokan, hogy akár a mindennapok mentőfeladatainak megoldása, akár a rendkívüli események (tömeges balesetek, elemi

csapások, katasztrófák) egészségügyi kárainak csökkentése és felszámolása során milyen súlyos következményeket jelent a mentőellátás színvonala, biztonsága szempontjából a decentralizált, egységes szabályozás nélkül, szétagoltan, sokszor egymástól függetlenül működő mentőszolgálatok heterogén szervezése.

Őszinte köszönettel tartozunk az Egészségügyi Minisztériumnak a kiküldetésért; nem különben norvég kollégáinknak a konferencia példás rendezéséért, sok fáradozásukért. Oslo főpolgármestere figyelemmel kísérte a konferenciát, a megnyitáson köszöntötte a résztvevőket, s tiszteletükre fogadást adott.

A szabadidőben bőven adódtak kulturális programlehetőségek; városnézés, a hasonlíthatatlan Vigeland szobor-park, fjord-körutazás, hangulatos „viking est”. Élmény volt sétálni a Bygdøy félszigeti hajózási múzeum-körzetben; látni Heyerdahl Kon-Tiki-jét és a Ra II.-jét, s egyet a Húsvét-szigetek „hosszúfűlű ember” szobrai közül; vagy szinte lábujjhegyen járni a Fram-on, Nansen és Amundsen sarkkutató hajóján. Nem fakul ki az emlékezetből az Akershus-erőd kazamatáiban berendezett Norvég Ellenállási Múzeum sem; az északiak csendes mértéktartásával, megrázó valóságával súgja a szabadságszeretetet és önfeláldozás halhatatlan üzenetét.

Bencze Béla dr.
Cselkó László dr.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

Posta Központi Hírlap Iroda, Budapest V., József nádor tér. Tel. 180-850



Toxicomania

Az alkoholmegvonási szindróma gerjesztési modellje. J. C. Ballenger, R. M. Post (Section on Psychobiology, Biol. Psychiat. Branch, NIMH Bethesda, Md. 20014): Brit. J. Psychiat. 1978, 133, 1.

A limbikus rendszer küszöb alatti elektromos ingerekkel történő periódikus stimulációja egy idő után manifeszt görcspotenciálok, majd tényleges epilepsziás jelenségek felléptéhez vezet, melyek kialakulásuk után már tartósan fennmaradnak. Leghatásosabb a 24 órás időközzel történő ingerlés. Hasonló hatásúak kémiai görcskeltők (fluorothyl, kokain, lidokain) is. Ezt a jelenséget hívják „gerjesztésnek” (*kindling*).

Az agyi depresszáns hatású alkohol megvonásakor mélyelektrodákkal állatban hasonló, fokozatosan kialakuló és kumulatív EEG-és magatartásváltozás volt észlelhető, mely lokalizációjában is megegyezett az elektromos stimuláció eredményével (főleg limbikus, és a temporális kéregbe terjedő fókusz). Egy ponton túl konvulziók is felléptek: a jelenség annál kifejezettebb volt, minél hosszabb ideig tartott az előzetes alkoholbevétel.

A szerzők 200 alkoholista férfi vizsgálatával megerősítették, hogy a megvonási tünetek súlyossága emberben is döntően az abúzus időtartamának függvénye: 3 évi alkoholizmus (a szerzők kritériuma szerint ez napi legalább 200 g alkoholt jelent, ami megfelel 6 deci pálinkának vagy 12 üveg sörnek! — Ref.) csak enyhe tremorban megnyilvánuló megvonási szindrómát okozott, míg súlyos tünetek, pl. delírium általában csak jó tíz évi alkoholizálás után lépett fel.

Az alkoholizálást szükségszerűen mikromegvonások kísérik, hiszen legalábbis éjszaka nem iszik a beteg. A kísérletek tanúsága szerint pedig éppen a 24 órás stimulációs periódus a leghatékonyabb „gerjesztő”: megvonáskor a legérzékenyebb limbikus struktúrákat éri küszöb alatti inger (az alkohol depresszáns hatásának megszűnését kísérő ingerlékenység-fokozódás miatt), mely fokozatosan kialakuló de kumulatív, permanens változásokat eredményez. A mikromegvonások hatása tehát az élet során összegeződik, egy bizonyos fokon megjelenik a manifeszt megvonásos szindróma, mely a továbbiakban mind súlyosabbá válik. Ismert, hogy ismételt megvonásokkor a már korábban észlelt tünetegyüttes újra megjelenik: aki egyszer delíriumot kapott, újabb megvonáskor va-

lószerűen kialakul benne a körkép. Egy bizonyos stádiumban epilepsziás görcsök is fellépnek — ez is ismert a klinikumból, és megerősíti e modell relevanciáját.

Alkoholisták fokozatosan kialakuló és progresszív személyiségtorzulása sok közös jellemzőt mutat a temporális epilepsziában szenvedők hasonló karakterváltozásával: ingerlékenység, vonatkoztatás, antiszociális hajlam, agresszivitás, féltékenység, nagyzással váltakozó önmarcangolás — később ok nélküli félelmek, gátoltság, vallásos képzetek és pszichotikus tünetek jelentkeznek. Még az alkoholos hallucinációk is emlékeztetnek az epilepsziás érzékszálódásokra — mindez alátámasztja a kiindulás feltételezést, miszerint a megvonási szindróma alapja agyi struktúrák kumulatív elektrofiziológiai károsodása. További adat, hogy a gerjesztési jelenséget gátló diazepam, carbamazepin a megvonási szindrómát is jól enyhítik, míg a hydantoinok, melyek a kísérletes „gerjesztésre”-re sem hatnak hatástalanok. A kialakult változások permanens jellege érthetővé teszi az alkoholisták évtizedes absztinencia után is fennálló readdikciós hajlamát és azt is, hogy pl. delírium tremens tényleges megvonás nélkül is támadhat, ha ugyanis a „gerjesztés” olyan fokot ér el, melyben már az alkoholbevétel sem képes azt ellensúlyozni.

A feltételezett folyamat hangsúlyos az alkoholizmus mint betegség progresszív és kumulatív jellegén van, egyben rámutat az alkoholista gyógyulás utáni sokéves gondozásnak szükségére! További vizsgálatok az alkoholizmus más kísérőtünetei (pl. a depresszió) keletkezésére is fényt deríthetnek e modell alapján. *Bánki M. Csaba dr.*

Az alkoholizmus kutatás jelenlegi állása. W. Feuerlein (Max-Planck-Institut für Psychiatrie, D-8000 München 40.): Nervenarzt 1979, 50, 267.

Hosszú ideig a kontrollvesztést tekintették az alkoholizmus fő, döntő kritériumának; ma ezzel szemben csupán a négy alapvető szempont patológiás ivásmód, testi, pszichés és szociális károsodás) egyikeként jön számításba. A körisme a megfigyelt jelenségek különböző kombinációján alapul, mivel egyetlen *önmagában* patognomikus tünet sem ismeretes; a pszichoszociális jelenségeket mindinkább standard eljárásokkal (tesztek, kérdőívek) rögzítik, és szerepet

kapnak biokémiai vizsgálatok is, pl. a gamma-glutamyl-transzferáz aktivitása vagy a szérum alfaaminovajsav-leucin aránya. Nem hanyagolható el az alkoholfogyasztás mértéke mint diagnosztikus szempont: általános vélemény szerint a napi 80 g tiszta alkoholnak megfelelő fogyasztás felett beszélhetünk alkoholizmusról. Újabban férfiakra 60 g-ban, nőkre 20 g-ban (!) határozzák meg a „normális fogyasztás” felső határát; a nők kb. háromszor nagyobb alkoholérzékenysége sokszorosan bizonyított tény, bár oka még nem ismert (nők már 3—4 évi alkoholizálás után megbetegedhetnek delírium tremens-ben, míg ez férfiakban 10 éves anamnézis előtt ritkaság! — Ref.)

Nyugat-Németországban 1,5 millió alkoholistával számolnak, ez a lakosság 2—3%-a. Az egy főre jutó fogyasztás 1977-ben 12,25 l absz. alkohol volt, 25 év alatt 120%-kal emelkedett. Ugyanezen idő alatt az alkoholos pszichiátriai felvétel számú ötszörösére, nők esetében a hússzorosára (!) nőtt. Az alkoholizmus aránya a legmagasabb a szakképzetlen segédmunkások, valamint az önálló vállalkozók és szabadfoglalkozásúak között, a női alkoholizmus pedig a legmagasabb szociális rétegekben a legkifejezettebb. A fiatalok alkoholos veszélyeztetettsége 5—6%-ra tehető, megállapították, hogy az alkoholista fiatalok 76%-a dohányos, 31%-uk kábítószerfogyasztó, és 27%-uk szed rendszeresen szedatívumokat.

Az alkoholizmus okai összetettek. Szerepük lehet a biogén aminek és az alkohol metabolitjai közösen hatásaként jelentkező ópioid hatású vegyületeknek; ezek az agyban, de perifériásan is keletkezhetnek és éppen a vér-agy gát alkoholos károsodása révén jutnak be egy idő után az agyba. Lebontásuk is károsodhat alkoholhatásra, vagy éppen csupán bizonyos biokémiai sajátossággal rendelkezők agyában keletkeznek — mindez ma intenzív kutatás tárgya. Ismertek az örökletes tényezők: alkoholisták leányaiban az alkoholizmus-ráta szignifikánsan magasabb akkor is, ha nem ivó környezetben nőttek fel. Érdekes tény, hogy egyes népcsoportok, pl. az ázsiaiak alkoholérzékenysége eltérő (fokozott) az európaiakétól.

Jelentősek a pszichoszociális tényezők. Wilson kétféle alkoholista-modellt írt le: a rossz körülmények között élőt, aki nem sajátította el a szociálisan eredményes magatartásformákat, és a sikeres embert megoldatlan konfliktusokkal. Tény, hogy az alkoholisták élettörténete szignifikánsan több stresszterhelést mutat.

Klinikai oldalról elsőrendű jelentősége van a megvonási szindrómák (m. s.). Mai tudásunk szerint ennek alapja az alkoholbevételre csökkent, megvonásra napok alatt kórosan fokozódó noradrenerg re-

ceptorérzékenység. Kísérletesen katekolamin-metabolitokkal típusos m. s.-t sikerült kiváltani alkoholt soha nem kapott állatban. Járulékos szerepe lehet a kálium, kalcium, főleg pedig a magnézium hiányának és a respiratórikus alkalózisnak. Újabb kidolgozták a m. s. „gerjesztési modelljét” (l. előző referátum!), mely egyidejűleg számos ismert jelenséget magyarázni képes — így pl. azt is, hogy a m. s. legsúlyosabb foka, a delírium tremens néha valóságos megvonás nélkül is kialakulhat.

Korábban vitatták, okoz-e az alkoholizmus törvényszerűen agyi atrofíát? A komputer tomográfia választ ad a kérdésre: alkoholisták 61%-ában található külső, további 14%-ában belső hydrocephalus is. Ez kivételesen — absztinenciára — reverzibilis is lehet. Az alkohol okozta központi idegrendszeri károsodás tüneteinek törvényszerű fellépése (dyspraxia, perszeveráció, konfabuláció, figyelem- emlékezés- vagy orientációzavar) régen nem kérdéses.

Csak 10 éve figyeltek fel az alkoholos embriopátia jelentőségére. Alkoholista nők gyermekei 86%-ban szellemileg elmaradottak, 40%-ukban található hydrocephalus. A napi 45 ml alkoholnál többet fogyasztó nők (= kb. 1,1 deci pálinka) újszülöttein kétszer gyakoribb a microcephalus, izomhypotonia, ptosis, fej, végtag, szív és genitális fejlődési rendellenesség, valamint a gyengeelméjűség. Ilyen károsodások az alkoholista nők újszülöttjei közt 26–43%-ban észlelhetők; Németországban az alkoholos embriopátia az összes újszülöttek 1%-át (!) érinti.

(Ref.: az átfogó tanulmány kiemelt részét szemléltető, mérték-tartó munka, elsősorban a gyakorlatban fontos kérdésekre koncentrált és kerüli az elméleti labirintusokat. Egy megjegyzés kívánczik csupán ide: az eredetileg francia szerzők által megadott 80 g-os „veszélyhatár” napi 2,5 deci pálinkát, napi egy liter bort, vagy legalább két liter sört jelent — általános mértékül az összlakosság számára talán kissé túl liberális!)

Bánki M. Csaba dr.

Alkoholizmus korai felderítésének eredményei ipari környezetben. Oudea, M. C., Geraut, C., Daniellu, Y. (Centre Rech. Foch, Paris.): *Revue de l'alcoolisme* 1977, 23, 269–272.

A gamma-Glutamyl-Transpeptidase (gamma-GT) meghatározása az alkoholisták felderítésére és felügyeletére két szempontból érdekes:

— felderíti a túlzottan ivókat még mielőtt szervezetükben irreverzibilis elváltozások lépnek fel.

— lehetővé teszi a detoxikált egyének ellenőrzését, mert az értékek az absztinencia 5–7. napján csökkennek csak le.

A módszer maga nem teszi feleslegessé a régebbi vizsgálatokat (Le Go-Moyen és V. G. M. módszer), hanem értékesen kiegészíti.

Azon egyének vérének gamma-GT tartalma, akik naponta $\frac{1}{4}$ liter bornál kevesebbet isznak, milliliterenként 18 milliegyeség alatt van (18 mU/ml), akik $\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{2}$ liter bort fogyasztanak naponta, azoké 18–33 mU/ml között, s végül, akik 1 liter bornál többet fogyasztanak, azoké 44 mU/ml felett van.

Nikodemusz István dr.

Computer tomographia

Kettős expozíciós technika a mellkas csontos képleteinek és a tüdőszervezetnek egy CT felvételen való ábrázolására. G. S. Borlaza és mtsai (Veterans Administration Hospital, Ann Arbor, Michigan): *American Journal of Roentgenology* 1978, 130, 375–376.

A computer tomographia felvételein a hagyományos röntgenképekhez hasonlóan nem ábrázolhatók jól azonos expozíciós felvételek mellett az erősen sugárnyelő és erősen sugáráteresztő szövetek, mint pl. a tüdőszövet és a csontok. Ezért a szokásos CT technikával a mellkas csontos képletei és a tüdőszervezet értékeléséhez két különböző technikával készült felvétel, mondhatni egy „lágym” és egy „kemény” expozíció szükséges. A szerzők a kettős expozícióval készült felvételeket nem külön-külön értékelik, hanem kombinálva egyetlen polaroid filmen ábrázolják. Így tökéletes élességgel és kontrasztal szemlélhető a mellkas valamennyi csont- és lágyrészszervezete, beleértve a légutak tüdőparenchymát is. A bemutatott felvételek a hagyományos CT scaneknél sokkal szemléletesebb, szinte megtevesztésig hasonlítanak az anatómiai keresztmetszetekhez.

Laczay András dr.

A mellkas computer tomographiája. R. G. Jost és mtsai (Malinckrodt Institute of Radiology, Washington University School of Medicine, St. Louis, Missouri): *Radiology* 1978, 126, 125–136.

A mellkasi diagnosztikában a CT jelentősége kevésbé drámai, mint a non invazív hagyományos röntgenmódszerekkel megközelíthető egyéb területeken. A mellkasban sokat mond az egyszerű röntgenfelvétel és rétegfelvétel is. Van azonban olyan esetek, mikor a CT a hagyományos eljárással nyert adatokat olyan információkkal egészítheti ki, melyek nagy jelentőségűek a beteg számára. Ha a tumoros képletről kiderül, hogy zsírszövetnek megfelelő denzitású, ha egy tisztázatlan árnyék területén jellegzetes cystikus szerkezetet mutat a CT, vagy ha egy

mediastinalis terime vascularis jellege igazolódik feleslegessé válhatnak az invazív vizsgálatok, a kórisma a megfelelő irányba terelődik. Kétségtelen, hogy a CT érzékenyebben tud kimutatni kis csomókat a tüdőben, mint a hagyományos felvételek, de ennek gyakorlati jelentősége korlátozott, hiszen a CT mint szűrővizsgálat természetesen szóba sem jöhet. További kutatások szükségesek annak eldöntésére, milyen haszonnal alkalmazható a CT rejtett mellkasi tumorátétek felkutatására, solitaer kerek árnyékok jellegének tisztázására, ismert hörgőrákok pontos kiterjedésének megállapítására. Az expozíciós idő jelentős rövidülésével talán lehetővé lesz a tüdő CT densitometriája, ami az interstitium elváltozásainak korai kimutatását eredményezheti.

A szerzők feldolgozott anyagában 144 beteg szerepel, ez kevesebb mint teljes CT anyaguk 10%-a. A vizsgálatok 18 sec expozícióval EMI scannerrek történtek. Ilyen felvételek mellett a betegek 90%-a volt képes megfelelő ideig lélegeztetést visszatartani. 20 beteg 42 CT és röntgenfelvétellel deomonstrálják a normális anatómiát és a CT többszöri felvételével a különféle kör esetekben.

Laczay András dr.

Retroperitonealis tumorok vizsgálata computer tomographiával. D. H. Stephens és mtsai (Mayo Clinic and Mayo Foundation, Rochester, Minnesota): *American Journal of Roentgenology* 1977, 129, 395–402.

A retroperitoneum viszonylag egyszerű keresztmetszet-anatómiája és az általában kiadós zsírszöveti rétegek miatt előnyös regio a CT vizsgálat számára. A szerzők EMI egészttest scannerrel vizsgált betegei között 19 retroperitoneumból kiindult tumor fordult elő. Ezek különböző szerkezetű sarcomák, histiocytomák voltak, köztük 1–1 malignus teratoma, paraganglioma, nyirokcyta, hemangiopericytoma. 18 esetben a CT scanen a tumor jól felismerhető és értékelhető volt. Egy esetben a vizsgálat lelete bizonytalan volt, az előzetes műtét utáni recidiv paraganglioma ábrázolása nem volt egyértelmű. 13 tumor nagy kiterjedésű volt, 10 cm-nél nagyobb átmérővel. A CT scan alapján megítélhető volt a tumorok kiterjedése, környezetükhöz és a szomszédos szervekhez való viszonya, növekedése, áttéte eseténként a májban, valamint szervezete is bizonyos mértékig — pl. cystás belsejű leiomyosarcoma. Egyéb vizsgálati módszerekkel rendszeres összehasonlítást nem végeztek, csak esetenként. Eszerint az urographia és a lymphographia természetesen csak indirekt elváltozásokat mutat. Az ultrahangscan minden esetben kimutatta a tumor jelenlétét, de az elváltozás

kiterjedése, szerkezete és környezetéhez való viszonya így nem ítéltető meg olyan részletesen, mint CT scanen. Angiographiát csak 3 esetben végeztek műtét előtt az ér-ellátás tisztázása végett. A CT vizsgálatot retroperitonealis tumor gyanúja esetén elvégzendőnek tartják.

Laczay András dr.

Gyermekekori hasi térfoglaló folyamatok computer tomographiája. D. W. Boldt, B. J. Reilly (Hospital for Sick Children, University of Toronto, Ontario, Canada): *Radiology* 1977, 124, 371–378.

Gyermekekben a hasi computer tomographia néhány különleges technikai problémát vet fel. Kisgyermekben kevesebb az intraabdominalis zsírszövet, ezért a szigerek ábrázolódása nem oly jó, mint kövérebb, idősebb betegekben. Csecsemőkorban a vizsgálat idején védeni kell a beteget a hővesztés ellen. Szükséges lehet a gyermeknek előzetesen nyugtatást adni. A zavaró zsigeri mozgásokat probanthinnal és glukagonnal igyekeztek csökkenteni. Ily módon 54 esetben végeztek vizsgálatot hasi tumor gyanúja miatt, 36 esetben pozitív eredménnyel. 15 esetben a CT volt az egyetlen noninvazív vizsgálati mód, mellyel lehetséges volt a tumort pontosan körülhatárolni. 10 esetben csak CT-val lehetett az elváltozás jellegét meghatározni, 7 esetben pedig a CT derítette ki a más módszerekkel nem tisztázható kórfolyamatot, 11 esetet mutatnak be, köztük szerepel májbeli vérömleny, mellékvesetumor, vesecysta, Wilms-tumor, tágtult felső pyelum kettős veséüregrendszer esetében, transzplantált vese körüli tályog, neuroblastoma, májmetastasisok, kismedencei metastasisok Wilms-tumorból.

Laczay András dr.

A csont-izomrendszeri tumorok computer tomographiája gyermekkorban. P. E. Berger, J. P. Kuhn (Children's Hospital of Buffalo, N. Y.): *Radiology* 1978, 127, 171–175.

27 gyermek CT vizsgálatát végeztek csont-izomrendszeri tumorok miatt. Az anyagban 22 malignus tumor volt. Ewing-sarcoma, osteogen sarcoma, rhabdomyosarcoma, fobrosarcoma, hemangioendotelio-sarcoma, neuroblastoma, synovioma malignum, csonttátek. Benignus tumora 5 volt 5 betegnek: osteoid osteoma, eosinophil granuloma, csontcysta, tályog. A CT jelentőségét ilyen esetekben a következőkben látják:

1. Segíti a kórisme felállítását olyan régiókban, melyek vizsgálata a csont anatómiai viszonyai miatt egyébként nehéz — pl. sacrum, sacroiliacalis regio.

2. Tisztán körülhatárolható csontelváltozásokkal összefüggő légyszívó folyamatok.

3. A csontvelő denzitásának ábrázolásával lehetővé vált a csontvelőt beszűrő folyamatok kimutatása, ami különösen egyértelművé válik az ép oldallal való összehasonlítás révén. Ez eddig nem volt lehetséges.

4. Elsődleges légyszívóterimek ábrázolhatók, kiterjedésük, összefüggéseik műtét vagy punctio előtt megállapíthatók.

5. Sugár- vagy chemotherapiás kezelés eredménye követhető.

Mindezek ellenére tudni kell, hogy önmagában a CT scan alapján általában nem különíthető el a jóindulatú tumor feltétlenül a malignustól, valamint a neoplasias folyamat a gyulladásostól.

A vizsgálatokat hosszú expozíció idejű Delta scannerrel végezték, korszerűbb technikától jobb eredményeket várnak.

Laczay András dr.

A computer tomographia megbízhatósága malignus heretumorok retroperitonealis metastasisainak kórismézésében. G. Marchal és mtsai (University Hospital of the Catholic University of Leuven, Belgium): *Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin* 1978, 128, 746–753.

A szerzők 18 malignus heretumor esetben végeztek computer tomographiát retroperitonealis metastasisok keresésére a szokásos egyéb radiológiai eljárások mellett, mint urographia, cavographia, aortographia, lymphographia. 10 betegnek volt retroperitonealis nyirokcsomómetastasisa azok közül, akiknek lymphográfiás és CT vizsgálati eredménye összehasonlítva értékelhető volt, 6 esetben az eredmény negatív volt. Csak egy olyan eset volt, melyben negatív CT és lymphográfiás lelet ellenére műtétnél metastasist találtak; egy CT negatív esetben a lymphographia ganút keltett, ami később igazolódott. E három esetben azonban olyan kis áttétek álltak fenn melyekben még a nyirokcsomók nem voltak megnagyobbodva. A CT scan azokban az esetekben észlelt ki legelőkeltebben a lymphographiát, melyekben a nyirokutak blokádja miatt a kontrasztanyag nem tud a kóros területekbe jutni, tehát a lymphographia a folyamat kiterjedését nem állapíthatja meg. Ilyenkor a CT scan ábrázolja a terime teljes nagyságát. A CT képen látható ezen túlmenően a tumornak a környező képletekhez való viszonya, így pl. a psoas infiltrációja, a vesék, nagy erek dislocációja jól megítélhető. Magán a tumoron belül is kimutatható a necrotikus el-fajulás.

Bár a kis nyirokcsomó-megnagyobbodást még nem okozó áttéteket kimutatni jelenlegi technikai állapotban a computer tomogra-

phia még nem tudja korlátozott térbeli feloldóképessége miatt, a szerzők szerint retroperitonealis metastasisok keresésére ez az elsőként alkalmazandó szűrőeljárás. Eredménye sok esetben feleslegessé teszi az invazívabb módszerek alkalmazását. Ha azonban eredménye negatív, el kell végezni a lymphographiát, mert az kimutathat kisebb nyirokcsomón belüli elváltozásokat is.

Laczay András dr.

A test computer tomographiás angiographiája. M. Korobhin és mtsai (University of California School of Medicine, San Francisco, Calif.): *Radiology* 1978, 126, 807–811.

A szerzők intravenásan adtak kontrasztanyagot CT vizsgálat előtt azzal a céllal, hogy az egész test computer tomographia során kontrasztosan kirajzolják a nagy és közepes véredényeket. Az eljárás elnevezésére a computer tomographiás angiographiát javasolják. 13 beteg vizsgálatában alkalmazták az eljárást. Először elkészítették az adott regio szokásos natív CT felvételeit, majd 150–200 ml 30%-os diatrizoát vagy iothalamat típusú kontrasztanyag gyors infúziója végén ugyanazon anyag 50–60%-os oldatából újabb 50 ml-t bolusként gyorsan befecskendeztek. Ezután elkészítették a második sorozat scant. Eseteikben az alábbi érkepletek opacitását értékelték el: mellkasi és hasi aorta, vena cava inferior, a vena portae extra- és intrahepatikus szakasza, vena linealis, arteria és vena renalis, arteria femoralis, arteria iliaca. Ily módon sikerült nagyér aneurysmák és bennük levő rögösödések igazolása, aorta-aneurysma és mediastinalis tumor elkülönítése, pancreasfej megnagyobbodás gyanújának kizárása a vena cava kirajzolódásával, epéttágulat és portalis vénák elkülönítése, ductus pancreaticus pseudodilatációjának tisztázása, a májkapuban epéttágulat és vascularis képletek viszonyának tisztázása, vascularis malformatiók kimutatása.

Laczay András dr.

A hasnyálmirigy ultrahang és computer tomographiás vizsgálatának összehasonlítása. J. E. Husband és mtsai (The Royal Marsden Hospital, Downs Road, Stutton, Surrey): *British Journal of Radiology* 1977, 50, 855–862.

Az összehasonlítás 50 beteg vizsgálatán alapján pusztán a két diagnosztikai eljárás teljesítőképességére terjedt ki, figyelmen kívül hagyva technikai, értékeléssel és elvi különbségeket. Mindegyik beteget ugyanazon a napon vizsgálták ultrahang és CT scannerrel, és az összehasonlító értékelés alapja az ekkor kiadott lelet maradt. A végleges kórismét laparotomia, kórboncolás vagy klinikai észlelés és biokémiai vizsgálatok alapján

állapították meg. Anyagukban 14 ép hasnyálmirigy, 8 heveny és 16 idült pancreatitis, 9 carcinoma, 2 endokrin tumor és 1 lymphoma szerepel. Computer tomographiával mindegyik esetben sikerült ábrázolni a pancreast, ultrahangvizsgálattal csak 40 esetben. Az utóbbi módszer sikertelenségének oka a többi esetben a hasnyálmirigy előtti belekben levő gáz volt. A CT diagnózis helyesnek bizonyult az esetek 80%-ában, az ultrahangkórisme pedig 64%-ban. Ha sikerült a hasnyálmirigy ábrázolása az ultrahangscanen, 80%-ban a kórisme korrekt volt. A CT eredményei különösen jók voltak a carcinoma csoportban, 9 esetben mindig sikerült felállítani a helyes kórismét. Ugyanakkor az ultrahanggal a kilencből 4 volt a sikertelen vizsgálat, ebből 2 téves negatív, 2 pedig technikailag nem sikerült. A vizsgálatához az EMI egész test scanner prototípusát használták. Következettük, hogy szűrővizsgálatként az ultrahangot célszerű alkalmazni, és az ezután problematikusként maradt esetek valók computer tomographiára.

Laczay András dr.

A CT scan és az ultrahangvizsgálat szerepe az orbita diagnosztikájában. G. A. S. Lloyd (Moorfields Eye Hospital, and The Royal National Throat, Nose and Ear Hospital, London): Clinical Radiology 1977, 28, 583—593.

A közleményben több van, mint címe sejteti, mert szerzője a hagyományos radiographiát, rétegfelvételezt, ultrahangvizsgálatot, orbita-venographiát, carotis angiographiát és a computer tomographiát hasonlítja össze. A féloldali exophthalmus okai három csoportba oszthatók, úgymint intracranialis elváltozások, az orrmelléküregek és az orrgarat laesioi, végül az intraorbitalis térfoglaló folyamatok. Mindezek elkülönítésére a szerző intézetében először a non-invaszív eljárásokat alkalmazzák, a computer tomographiát, az ultrahangvizsgálatot és az axialis hypocycloid tomographiát. Ezeket szükség esetén egészítik ki orbita-venographiával vagy carotis angiographiával. 82 elsődleges orbita-térfoglaló folyamat esetében végezték el a vizsgálatokat, és ezek eredményessége a következő volt: CT scan 91%, orbita-venographia 91%, ultrahang 88%, hypocycloid tomographia 75%. Az eredményesség adott esetben a térfoglaló folyamat jelenlétének igazolását jelentette. Carotis angiographiát csak akkor végeznek, ha arterio-venosus sipoly gyanúja áll fenn, vagy erősen vascularis tumor érellátásának műtét előtti tisztázása szükséges. 100 intracranialis terime között 24 vénás malformatio, 18 haemangioma, 15 pseudotumor és 13 meningioma fordult elő a ritkább elvál-

tozások mellett. Ez magyarázza a venographia fontosságát. A szerző tapasztalatai alapján az orbita radiológiai diagnosztikájának esszerű menetrendjét a következőkben összegezi: Első lépés a hagyományos radiographia, esetleg kiegészítve tomographiával. Második lépés a computer tomographia, esetleg kiegészítve ultrahangvizsgálattal. Harmadik lépés az orbita-venographia, esetleg kiegészítve carotis angiographiával.

Laczay András dr.

A sclera megvastagodása: orbita-pseudotumor CT jele. M. E. Bernardino és mtsai (George Washington University Medical Center, Washington): American Journal of Roentgenology 1977, 129, 703—706.

350 orbita CT vizsgálatot végeztek, ezen anyagban 15 igazolt pseudotumor eset akadt. E 15 eset közül 8-ban tudtak kimutatni a natív scanen sclera-megvastagodást a normális oldallal szemben. Ez az elváltozás kontrasztfokozás után még kifejezettebbé vált. 66 tumor és 47 hyperthyreosis eset CT vizsgálata során hasonló elváltozást nem találtak. Két traumás esetben és egy opticus-meningeoma miatt operált esetben műtét után viszont hasonló sclera-megvastagodást mutatott a CT scan, melynek visszafejlődését az utóbbi eset kontroll vizsgálataiban igazolni tudták. Ezért a sclera megvastagodását gyulladáshoz követhetőségnek tartják. Némely esetben ez lehet pseudotumor orbitae egyetlen jele a CT scanen.

Laczay András dr.

Tüdőembolia és infarktus folyamatos ellenőrző vizsgálata computer tomographiával. W. N. Sinner Karolinska Sjukhuset, Universitét Stockholm): Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin 1978, 129, 13—17.

14 esetben végeztek legalább három hónapon át kontroll CT vizsgálatokat tüdőembolia klinikai kórisméje miatt. Ezekben az esetekben az egyéb ellenőrző vizsgálatokkal egybevetve a tüdőembolia kórisméjét elejtették. 10 esetben mutatott elváltozásokat a CT scan. Ezek a következők voltak:

1. Tág centralis pulmonalis arteriák, vékony perifériás erek érelzáródással, spasmussal.
 2. A tüdőparenchyma denzitásának változásai, melyek leginkább a jellegzetes hilus felé csúcsával tekintő ékalakot mutatták, valamint atelectasiák.
 3. Az érrendszer egyenletlensége a tüdőben.
 4. Pleuralis folyadék, vagy régi infartusokra utaló heges elváltozások.
 5. Kérdéses centralis érhiányok.
- Ezek közül leggyakoribb és leg-

megbízhatóbb jel a parenchyma denzitásának jellegzetes ékalakú változása, mely infartus jele. Az ismertetettek alapján a CT vizsgálat képes kétes esetekben megállapítani vagy valószínűtlenné tenni a tüdőembolia kórisméjét. Lehetővé teszi a pathoanatómiai elváltozás alakulásának, visszafejlődésének követését, így a kezelés hatékonyságának megbízható ellenőrzését és igazolását.

Laczay András dr.

Az előlső mediastinum computer tomographiája myasthenia gravis esetekben thymoma gyanúja miatt. J. H. Mink és mtsai (UCLA Center for the Health Sciences, Los Angeles, CA): American Journal of Roentgenology 1978, 130, 239—246.

Myasthenia gravis esetekkel foglalkozó centrumban 6 betegnek végezték el a hagyományos summációs és réteg röntgenfelvételeken kívül computer tomographiás vizsgálatát is. A sternum felső szélétől a rekeszig 2 cm-ként készítették rétegszaneket. Ezekben 5 esetben jól kimutatható volt a thymoma akkor is, ha az átnézeti röntgenfelvételeken és rétegfelvételeken alig volt sejtethető. Mind a hat beteg műtetre került, ötben thymomát találtak, egyben pedig thymus hyperplasiát. Utóbbi esetben a CT lelete nem volt egyértelmű, a vizsgálat kilégzésben történt, tumorgyanús terimét ugyan nem mutatott, de biztonságosan nem volt értékelhető. A thymomának bizonyult esetekből háromban a CT eredménye jelentős többletinformációt adott, mely a beteg kezelését és prognózist számottevően befolyásolta. Így a terime pontos kiterjedését és elhelyezkedését ábrázolta, esetenként kis pleuralis, rekeszi metastasist mutatott ki.

A myasthenia gravis esetek 8—15%-ában lehet thymoma előfordulásával számolni. Ennek eltávolítása a betegnek létkérdés. Mivel kimutatására a CT megbízhatóbb és pontosabb az eddigi rendelkezésre állott eljárásoknál, a myasthenia esetekben a CT vizsgálat következetes elvégzése célszerű. A szerzők az eljárás eredményeit kontrasztfokozás alkalmazásával remélik tovább javítani.

Laczay András dr.

A retrocralis paravertebralis tér computer tomographiás vizsgálata. P. W. Callen és mtsai (University of California School of Medicine, San Francisco, California): American Journal of Roentgenology 1977, 129, 907—910.

A felső hasi CT scanen jól látható a rekesz szárainak és a gerincoszlopnak a viszonya. Az aorta körüli nyirokcsomók kóros megnagyobbodása ebben a magasságban a rekesz szárak és a gerinc közti tér kiszélesedését okozzák. Ez kitűnően demonstrálható lym-

TURINAL®

tabletta

ÖSSZETÉTEL

1 tabl. 5 mg allyloestrenolumot tartalmaz.

HATÁS

A Turinal a terhesség megtartására orálisan adható progeszteron készítmény. Terhességmegtartó hatását a készítmény placentotrop aktivitása magyarázza. A Turinal növeli a trophoblast endocrin aktivitását, serkenti a placenta csökkent működését. Különösen olyan esetekben hatásos, ahol a terhesség megszakadását hormonális dysfunctio okozza.

A Turinal nem okoz anyai virilisatiót, sem magzati masculinisiót. Nem gátolja sem a gonadok, sem a mellékvese működését, a szervezet elektrolit egyensúlyát nem befolyásolja. Gastrointestinalis panaszokat nem okoz.

JAVALLATOK

Fenyegető vetélés, szokványos vetélés, fenyegető koraszülés.

ADAGOLÁSA

Fenyegető vetélés: naponta 3×1 tabletta 5—7 napon át, ill. a

tünetek megszűnéséig. Szükség esetén az adag emelhető. Szokványos vetélés: napi 1—2 tabletta a kritikus időpont után még legalább 1 hónapon keresztül.

Fenyegető koraszülés: az adagolást minden esetben egyénileg célszerű meghatározni, sokszor fentieknél magasabb adagok alkalmazása szükséges.

MEGJEGYZÉS

✱ Csak vényre kiadható és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS

20 tabletta térítési díja:
9,— Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest



PANANGIN[®]

drazsé, inj.

ÖSSZETÉTEL

1 draszté 0,14 g magn. asparagin. anh. ($Mg^{++} = 11,8$ mg), 0,158 g kal. asparagin. anh. ($K^{+} = 36,2$ mg);

1 amp. (10 ml) 0,4 g magn. asparagin. anh. ($Mg^{++} = 33,7$ mg), 0,452 g kal. asparagin. anh. ($K^{+} = 103,3$ mg)-ot tartalmaz.

JAVALLATOK

Angina pectoris kezelésében adjuvansként, szív-infarctusban rhythmus-zavar esetén és

utókezelésében, digitalis okozta rhythmus-zavar, digitalis-intoxicatio. Rhythmus-zavarok: tachyarrhythmia, ventricularis extrasystolia.

ELLENJAVALLATOK

Akut és krónikus veseelégtelenség.

ADAGOLÁS

Naponta 3×2 draszté, vagy $1-2 \times 1-2$ ampulla 50—100

fiziológiás konyhasó — vagy 5—10%-os glucose-oldattal felhígítva, lassan i. ven, vagy tartós cseppinfúzióban. — Prophylaktikus és fenntartó adagja naponta 3×1 draszté. — A Pananginnal együtt szükség esetén sztrofantin vagy digitaliskészítmény is adagolható.

MEGJEGYZÉS

✱ Drazsé: Vény nélkül egy alkalommal legfeljebb a legkisebb gyári csomagolás vagy annak megfelelő mennyiség adható ki.

Injekció: Csak vényre kiadható és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS

50 draszté, térítési díj: 3,80 Ft.
5 ampulla, 25 ampulla térítési díj: 2,— Ft és 20,— Ft.



**Kőbányai
Gyógyszerárugyár,
Budapest**



phographia után készített CT felvételen. A szerző e tér kiszélesedéseinek diagnosztikai jelentőségét vizsgálták, azt, hogy ez mennyire megbízható és milyen mértékben körülzáró mozgásszervi betegség irányában. 151 beteg CT felvételeit vizsgálták át e szempontból. A retrocruralis térben 112 esetben csak legfeljebb 6 mm-nél kisebb kiszélesedést láttak. Ezek közül csak 3 esetben találtak kóros nyirokcsomó megnagyobbodást az elkészített caudalisabb rétegekben. 39 beteg CT felvételén a retrocruralis térben 6 mm-nél nagyobb átmérőjű képleteket találtak. Ezek közül 37 esetben a CT caudalisabban is nyirokcsomó-megnagyobbodást mutatott. A végleges kórisme 22 esetben lymphoma, 14 esetben tumoráttétel és egyben lymphadenitis volt. A fennmaradó két betegnek pancreatitis volt. A 6 mm-nél nagyobb retrocruralis képletek tehát nagy valószínűséggel lymphadenopathiára utalnak, a kisebbek megfelelhetnek normális nyirokszerveknek vagy vena azygosnak.

Lacay András dr.

A computer tomographia és a máj. L. Kreel (Clinical Research, Centre and Northwick Park Hospital, Harrow): Clinical Radiology 1977, 28, 571—581.

A szerző EMI egész test scannerrel nyert tapasztalatokra támaszkodva foglalkozik a technikai tényezők szerepével a máj ábrázolásában. Ezek közül elsősorban a „window width” és „window level” említendő, ami azt jelenti, hogy a +500-tól —500-ig terjedő denzitás tartományt mely szinten és milyen szélességben használják ki a képalkotásra. A hagyományos felvételek terén ezek jelentőségét a kép keménységével és kontrasztosságával érzékeltethetnénk. Ezekről függ pl. a keresztmetszetben a csigolya csontszerkezetének ábrázolása, vagy a máj árnyékán belül a finomabb denzitáskülönbségek elkülöníthetősége. A denzitást befolyásoló tényezők között nem elhanyagolandó az alkalmazott felvételi feszültség, összehasonlítva mérések esetén ennek azonosnak kell lennie. Csalóka lehet, ha a vizsgált képlet a rétegvastagságnak csak egy részében foglal helyet, így pl. cysta solidum tumort utánzó denzitást adhat. A kontrasztfokozás a hagyományos uro-angiographiás anyagokkal nem ideális, mert a májparenchymán kívül hasonló intenzitással juthat kóros szövetekbe is. Mindezen technikai tényezők figyelembevételével a máj CT vizsgálata cysta, tályog, elsődleges és másodlagos tumor, zsírmáj, rekesz alatti, tályog, epeút-tágulatok és cholelithiasis kimutatására kiválóan alkalmas.

(Ref.: Nehéz feladat a CT-vel kapcsolatos idegen nyelvű kifejezések kiküszöbölése — window

width, smoothing programme, window level — stb. Ezeknek megfelelő egyértelmű magyar szakkifejezés nem ismeretes, szószerinti fordításuk pedig nem oldja meg a problémát. Zsebők professzor magától a computer tomographia kifejezést számítógépes rétegvizsgálatra magyarította, de végeredményben számítógépes rétegvizsgálat az izotóp-emissziós rétegvizsgálat is. Tehát a kifejezés magyar formában nem definiált. Magam is szűkeségnek vélném megfelelő, egyértelmű, jó magyar megjelölés alkalmazását, ezek kialakítása azonban erre szakmailag és nyelviileg egyaránt megfelelő felkészültséggel rendelkezők feladata lenne. Vagy mondjunk le erről, és maradjunk az átvett idegen kifejezéseknél?)

Lacay András dr.

Az epehólyag computer tomographiája. T. R. Havrilla és mtsai (Cleveland Clinic Foundation, Cleveland, Ohio): American Journal of Roentgenology 1978, 130, 1059—1067.

79 beteg CT vizsgálatát végezték el epehólyag betegség gyanúja miatt. Az anyagban pancreatogen sárgaság miatt vizsgált esetekben nem szerepelnek. A vizsgálatot 12 esetben 2,5 perc, 67 esetben 18 sec expozíciós idejű készülékkel végezték. Két betegben volt módjuk új típusú, 2 sec expozíciós idejű scannert kipróbálni. A légzési elmozdulások megnyugtató kiküszöbölésére természetesen csak az utóbbi csoportban számíthattak. A kórismét minden esetben műtét, egyéb vizsgálat, vagy a kórlelelés igazolta. Az épehólyag a májhoz viszonyítva sugárterestöbb képletként mutatkozik a scanen, és a légzési elmozdulások kiküszöbölése esetén minden esetben kimutatható. Biztonsággal diagnosztizálható hydrops, meszes és meszet nem tartalmazó epehólyag, idült cholecystitisben az epehólyag gyulladással megvastagodott fala és egyúttal esetleges másodlagos májtályogok is. 79 esetükből 65-ben a CT diagnózis helyesnek bizonyult, ez több mint 80% megbízhatóságot jelent. Sikerült kimutatni a követ a cholecystographiával normálisnak látszó epehólyagban is. Az eljárásnak különös jelentősége természetesen a sárgasággal járó esetek tisztázásában van. Egyébként epehólyagbetegség gyanúja esetén az első elvégzendő vizsgálat változatlanul a per os cholecystographia marad. Ha ez nem vezet eredményre, ultrahang cilecystographia végezendő. Mindezek sikertelensége esetén alkalmazandó az ilyenkor is eredménytelően kecsgetett CT vizsgálat.

(Ref.: Irigylésre méltó a discussio bevezető mondata: „A CT már nem új technika, hanem egy jól megalapozott diagnosztikus eljárás...”)

Lacay András dr.

CT megbízhatósága hólyagtumороk stádium-meghatározásában gáztöltéses módszerrel: sebészileg igazolt 21 eset. F. E. Seidemann és mtsai (Upstate Medical Center, State University of New York Syracuse, New York): American Journal of Roentgenology 1978, 130, 735—739.

A hólyagtumороk legelfogadhatóbb stádiumbeosztása megkülönböztet felszínes noninvaszív, felületes és mély muscularisba törő, a perivesicalis térbe törő, a medencei szervekbe és nyirokcsomókba hatoló, valamint távoli áttétekkel járó formát. Ezek elkülönítése a választandó sebési vagy sugaras, chemotherapiás kezelés szempontjából döntő. Az eddig alkalmazott radiológiai módszerek a frakcionált cystographia, angiographia intraszerű perivesicalis gázbefúvás rétegvizsgálattal, ultrahangvizsgálattal, ezekkel végzett stádiumbeosztással 50%-nál több téves eredményről számoltak be.

A szerzők 21 esetben a hólyag gázzal való kitöltése után végeztek CT vizsgálatot. Csak a CT scanek alapján történt stádium megállapítás 17 esetben a későbbi sebési beavatkozás tükrében helyesnek bizonyult, ez több mint 80%. Négy téves esetük közül háromban normális extravasicalis képleteket vélték tumoros infiltrációnak egyben pedig az érintőlegesen talált hólyagfal csapta be a leletezőt. Úgy vélik, hogy a hasonló tévedések megfelelő gyakorlattal elkerülhetők lesznek, és a computer tomographia önmagában is 90%-nál nagyobb megbízhatóságot fog jelenteni a hólyagtumороk stádiumbeosztásában.

Lacay András dr.

Izomhaematómák computer tomographiás kimutatása haemophiliában. K. Lackner és mtsai (Radiologische und Orthopädische Klinik der Universität Bonn): Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin 1978, 129, 298—302.

30 haemophiliás beteg CT vizsgálatát végezték izomhaematoma gyanúja miatt. A vérzés heveny szakában az izom megnagyobbodott árnyéka inhomogen, a friss vérzési göccök sugárnyelőkbe az izomszövetnél. A továbbiakban az árnyék homogén válik és lényegesen nem különül el az izomszövetvettől. A vérömleny colliquatiója esetén az izom belül tokkal körülvett hypodens terület mutatható ki. A késői szakban az esetleges meszesedés és szomszédos csontképletek arrosiója látható. A 30 esetből 12-ben klinikailag vagy hagyományos röntgenvizsgálattal is gyanított vérömlenyt mutattak ki CT scanen, 9 esetben pedig egyébként nem sejtett izomhaematomát talált a CT vizsgálat. A localisatiók a gyakoriság sorrendjében: m.

iliacus, m. psoas, subduralis haematoma, hasfalizomzat, combizomzat, bálszárizomzat. Elkülönítő kórisme szempontjából a hasonló elhelyezkedésű és hasonló sugárelnyelésű tumorok és metastasisok mérlegelendők. A vizsgálat jelentősége a vérömleny kiterjedésének, elhelyezkedésének, fejlődésének meghatározásában van, segíti pl. műtéti beavatkozás szükségességének elbírálását. Külön fontos javallata appendicitis és iliacus-vérömleny elkülönítése, ami klinikailag biztonsággal alig lehetséges.

Lacza András dr.

Ischaemiás agyi ictus vizsgálata computer tomographiával és izotóp-scintigraphiával. J. K. Campbell és mtsai (Mayo Clinic and Mayo Foundation, Rochester, Minn.): Radiology 1978, 126, 695—702.

141 cerebri infarctus esetben hasonlították össze a computer tomographia és az izotóp-scintigraphia diagnosztikus értékét. Az infarctus kimutatásán kívül céljuk volt a kóros elváltozás időbeli alakulásának másodlagos jelenségének, mint agyduzzadás, kamra-deformitás és vérzések CT vizsgálata. Az infarctus terület kimutatása a két módszerrel nagyjából azonos arányban sikerült, feltéve, hogy a scintigraphiát nem közvetlenül az ictus után végezték. Mindkét eljárásnál a kimutathatóság elsősorban a kórfolyamat térbeli kiterjedésének függvénye. A CT scan elsősorban a beteg nyugtalansága zavarja, főként ha a vizsgálat röviddel az ictus után történt. Az infarctus dinamikus változása legelőnyösebben sorozatban készített CT scaneken követhető. A supratentorialis infarctusok 13%-a csak a kontroll scaneken volt kimutatható, a korai szakban nem. Az infarctusok 8%-a izotóp scintigraphiával kimutatható volt, de CT scanen nem. Ezért elvben optimális mindkét vizsgálat elvégzése lenne, de ez klinikailag ritkán indokolt. Kontrasztfokozás az infarctus kegyébként nem látható 5%-a tette kimutathatóvá. Az agyduzzadás az ictus után nagyon hamar felléphet, ezért a friss infarctus és tumor elkülönítésében a „mass effect” nem értékelhető. A CT scan fő értéke, hogy késedelem nélkül és megbízhatóan ki tudja mutatni az intracerebrális vérzést, és sok esetben elkülöníti a vascularis laesiókat a nem vascularisaktól. Mindezek szerint a heveny ictus noninvazív vizsgálatában a CT-t illeti meg az elsőbbség.

Lacza András dr.

dizinische Hochschule Hannover): Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin 1978, 128, 253—257.

Neuroradiológiai osztályon 4 év alatt 13 koponya fibrosus dysplasiát észleltek. Ezek között 10 nő és 3 férfi volt, életkoruk 15—62 év. 1 esetben computer tomographiát és csont scintigraphiát is végeztek a hagyományos röntgenvizsgálatoikon kívül. Tapasztalataik alapján a kórisme felállításának alapja a hagyományos koponya röntg-felvétel, kiegészítve szükség szerinti rétegfelvételekkel. Az első koponyagödör területén levő sklerotizáló folyamatoknál mint elkülönítő kórisme felmerül a meningeoma. Ez a kérdés a computer tomographiával eldönthető. Az agyi scintigraphiának nincs jelentősége a vonatkozásban. Szerepet kap viszont a csont-scintigraphia, mely segít a monostotikus és polystotikus forma elkülönítésében. Az invazív neurológiai eljárások a fentiek birtokában mellőzhetők.

Lacza András dr.

Iatrogen ártalmak

Sugárvédelmi mérések az intenzív osztályokon és a műtőben. Vogel, H. és mtsai (Abteilung für Röntgendiagnostik der Radiologischen Klinik, Abteilung für Allgemeinchirurgie, Abteilung für Unfallchirurgie, der Chirurgischen Klinik der Universität Hamburg und Staatliche Strahlenschutz-messstelle, Hamburg-Altona): Chirurg, 1977, 48, 771—776.

A röntgenképerősítő berendezések elterjedésével a sugár-expozíciónak kitett személyek, betegek száma kifejezetten megnőtt. Az intenzív osztályokon végzett körtemi felvételek során a betegen kívül a szomszédos ágyon fekvő is kaphat szórt sugárzást. Optimális sugárvédelem nem vihető keresztül.

A közlemény célja, hogy pontosan megmérjék a sugárterhelést az intenzív osztályokon, mellkas és hasi felvételeknél, a műtőkben, az intraoperatív átvilágítások, illetve csontműtétek kapcsán és módot keressenek a sugárterhelés további csökkentésére. Mért értékeiket az irodalomban közölt adatokkal és az NSZK sugárvédelmi óvrendszabályainak adataival hasonlítják össze.

Az intenzív osztályokon az ágyak egymástól való távolsága két méter. Megállapítják, hogy a beteg sugárterhelése a mellkas és hasfelvétel nagy diagnosztikus értékéhez viszonyítva csekély; a szomszéd ágyon pedig 0,1 mR értéket mértek.

Epeút műtétek során phantom-mérésekkel a fő sugárban 2,4 R/perc dózisteljesítményt mértek. Az

átvilágítási idő átlagban 30 mp volt. Az operátor bal kezén, illetve ujjain levő doziméter 20—40 mp-es átvilágítási idő mellett 20—47 mR-t mutatott.

A csontműtétek során végzett mérések több tényezőtől függtek. Ha a phantom, illetve a műtéti terület a röntgencső kimenetele (sugárkapu) mellett fekszik, 10—15-ször nagyobb felszíni dózissal kell számolnunk. Ha a beteg optimálisan a készülék, illetve a félkör közepén fekszik a dózisteljesítmény az előző pozíciónak egyötöde, vagy egyhatoda, tehát 57,7 R helyett 11,0 R/perc. A modern készülékeknél, ahol beépített rácserendezés szolgál a szórt sugárzás kiszűrésére és átvilágítási automataival működnek, a beteg sugárterhelése a régebbi készülékekhez viszonyítva 20%-ra csökkenthető.

Lemezes femur-osteosynthesis során az átlagos átvilágítási idő a szerzőknél 2,9 perc, maximálisan 5,7 perc. A betegek gonáddózisát műtétenként 125 mR. A sebész kezének sugárterhelése 54 mR volt. 0,4 mm-es ólomkötény védelmében a műtői segédlet sugárterhelése 1,6 mR, az operatőr 2,0 mR volt. A kötény előtt végzett mérések bizonyítják, hogy az ólomvédelem a sugárterhelést 15—20%-ra csökkenti.

Enders-féle combcsontszegezésnél az átvilágítás vertikális és horizontális sugáriránnyal egyaránt történt. A betegek átlagos sugárterhelése kb. kétszerese a lemezes osteosynthesisnél mért értéknek, műtétenként 254 mR. Az operátor kezét 50 mR érte. (Asszintens: 30 mR/műtét, műtősnő: 13 mR/műtét).

A műtét előtt repositióhoz gyakorlatilag ugyanannyi átvilágítási idő szükséges. Ha a repositiót végző orvos a műtőben is részt vesz, a sugárterhelési adatok megduplázódnak. A szerzők átlagos átvilágítási ideje átlagban 3,9 perc, maximálisan 6,2 perc volt, a között többi szerzőnél lényegesen alacsonyabb.

Fischer a femur korrekciós osteomiájánál 32,7 perces átlagos átvilágítási időt ír. Seeger és mtsai combnyakszegezésnél 10 percig világitottak. Even és Schmidt fantommérésekkel bizonyították, hogy ólomvédelem nélkül végzett műtéteknél egy hónapon belül elérhető, illetve túlléphető az egy évre megengedett 5 rem egésztestet érhető sugárterhelés. A sebészeknek különösen a kezüket éri sugárterhelés. Lényeges sugármennyiség takarítható meg a képmagnók alkalmazásával, amikor kb. 0,38 mp-es átvilágítási idővel a kép a minotoron tetszés szerinti ideig rögzíthető.

A sugárexpozíciónak kitett személyek megengedhető sugárterhelése testrészeire (pl. kéz) 15 R, 13 egymást követő órára elosztva. A sebész, ha a centrális sugárnyalábnal védtelen kézzel manipulál (pl. repositio során) egyetlen be-

avatkozás alatt túllépi a megengedhető legnagyobb dózist. Ha átlagértéknek 100 mR-t számítottunk a zek terhelésére, akkor 3 hónap alatt 100 műtéti beavatkozás, vagy heti 8 műtét az, mellyel nem lépi túl a megengedett legmagasabb értéket.

[Ref.: A hazánkban használatos filmdoziméterrel a törzset érő szórt sugárzást mérjük csak, mely-nél a kezek sugárterhelése az egyes beavatkozások (műtét, angiographia stb.) során mindig lényegesen nagyobb.]

Böhm Klára dr.

Jóindulatú májdaganatok és oralis anticoncienciensek. Baumgarten, R., J.-D. Fengler, H.-J. Gütz: Dt. Gesundh.-Wesen, 1978, 33, 869—871.

A jóindulatú májtumörök ritkák. 2176 boncolásban egyetlenegy, a Mayo klinikán fél évszázad alatt pedig csak hatot észleltek. Fogamzástgátló kezeléstől az elsőt 1973-ban írták le és ezt főleg az angol-amerikai és francia szakirodalomban követte több közlés. A szerzők hepatológiai ambulanciájukon az elmúlt két évben egy májadenomát és egy multifocalis hyperplasiát észleltek több éves fogamzástgátló kezelés után.

34 éves rajzolónő betegük 1969 óta szedett Ovostint és 1975-ben jelentkeztek jobb bordaív alatti puffadásos panaszai, rossz közér-zettel, gyengeséggel. Vizsgálatánál normális májfunctio mellett egy sima májtumort tapintottak, mér-sékelt anaemiával. Műtéténél a tumor minden nehézség nélkül exstirpálható volt és szövettanilag hepatocellularis adenomának bizonyult. 2 év után — az anticoncienciensek teljes elhagyására — páciensük már teljesen panaszmentes és munkaképes volt.

42 éves közgazdász nő páciensüket hepatitis infectiosa gyanújával vették fel. 1966 óta szedett Ovostint és felvétele előtt 8 héttel jelentkezett jobb bordaív alatti nyomásérzékenysége, sötétebb vizelettel és subicterussal. Fizikális vizsgálattal a jobb májle-beny megnagyobbodását észlelték, de a májbiopsiás anyag histológiailag nem bizonyult pathológiásnak. Az anticoncienciensek elhagyására a tapintási lelet változatlanul maradá-sa mellett panaszmentessé vált és a laboratóriumi eredmények is normalizálódtak.

A jóindulatú májadenomák részben vagy teljesen tokba voltak ágyazva, kötőszövetet és epeutakat nem tartalmaznak. A focalis nodularis hyperplasiánál egy tok nélküli kötőszövetes, pseudolobulust képező elváltozásokról van szó, amelyekben a kötőszövetes septumok, epeutakkal is át vannak szőve. A mesenchymalis májhamartomák cystikus, erekben gazdag laesiók, amelyek a normális

májszövetből alig határolhatók el, májsejtekben szegények és többnyire gyermekekben fordulnak elő. A májtumörök szülőképes nők közötti gyakorisága az oralis anticoncienciensek, illetve ezeknek funkcionális adaptív sejtreakciót okozó hatása mellett szól. A tumor-képzésben főleg a szintetikus oestrogenek szerepét gyanítják, de a genetikusan determinált tumorhajlamot is számításba kell venni. A fogamzástgátló kezeléssel összefüggő esetekben e betegek mindegyike a tumor megjelenése előtt már több mint 5 évig szedte az oralis anticonciencienseket. Okként az irodalomban közölt májadenomák mindegyikében az anticonciencienseket ki lehetett mutatni, a focalis nodularis hyperplasiák esetében azonban már nem mindig. Ez utóbbiak gyermekekben, férfiakban és fogamzástgátlókat nem szedett nőkben is előfordulnak. A vascularis elváltozásokkal és vérzési komplikációkkal járó nodularis hyperplasiák azonban gyakrabban lépnek fel hormonálisan kezelt asszonyokban, de ezek jóindulatú és nem praecancerosus állapotok.

A jóindulatú májadenomák tünetei különbözőek lehetnek, bizonytalan hasi panaszokkal és hepatomegaliával járnak. A tok ruptúrája intraabdominalis vérzést okozhat, főleg a menstruáció alatt. A hormonális fogamzástgátló kezelés mind májadenomában, mind focalis hyperplasiában kont-raindikált. Tisztázatlan hepatomegaliában pedig, a vascularizált adenoma erős vérzéses veszélye miatt, a májat vakon nem szabad megpungálni.

A májdaganatok az oralis anticoncienciensek széles körű alkalmazása ellenére is ritkák. 500 000 hormonális fogamzástgátló kezelésből 1-re lehet számítani, de bizonytalan hasi panaszok és májmeg-nagyobbodás esetén mégis gondolni kell rá. Angeli István dr.

Tüdőgyógyászat

A tbc elleni küzdelem a világon. Lock, W. (Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, Hamburg): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1978, 32, 529—536.

A tbc még ma is a szegények szociális betegsége. Az elmaradott országokban a fertőző tbc-s betegek száma 15—20 millió, egyes országokban a tbc incidenciája 100 000 lakosonként 200—350. Ha az éhezést megszüntetjük, a tbc spontán is csökken. Ehhez azonban céltudatos küzdelem is szükséges. Ma már tudjuk ennek a módját is: chemotherapiával ki kell pusztítani a kórokozót. A tbc nem az egyes egyének, hanem az egész populáció betegsége. Az elmaradott népek ma még a tbc pandemia korszaká-

ban vannak. Ha egy országban a tbc fertőzés kockázata 6%, akkor 100 000 lakosonként kisgyermekekben 30 gümös agyhártyagyulladásos betegre számíthatunk, 360 ember lesz évente nyílt tbc-s, a 15 éves lakosoknak a 60%-a, a 30 éveseknek pedig a 86%-a lesz tuberculin-pozitív. Ha a tbc-s fertőzés kockázata 1,5%-ra csökken le, az agyhártyagyulladás 100 000 lakosonként 8, a fertőző tbc-s betegek száma 90, az átfertőzés aránya 15 éves korában 20%, 30 éves korban pedig 36% lesz. Tbc elleni küzdelem hiányában a fertőző tbc-s betegek száma kétszeresre, 720-ra emelkedik. A fejlett ipari országokban ma a fertőzés kockázata 0,03—0,5%, ami évenként további 10%-kal, 5 év alatt tehát a felére csökken. A fertőzés kockázata jelenleg Szomáliában 8%, Nigériában 6,4%, Indonéziában 3%, Kenyában 2,5%, Ugandában 2,3%, Zaireban 2%, Venezuelában 1%.

Az elmúlt 27 év folyamán a tbc Ázsiában jelentősen csökkent, Afrikában viszont relatíve szaporodott. 1960-ig a fertőző tbc-s betegek száma 100 000 lakosonként 365-re emelkedett. 1972 óta csökken, de még nem esett vissza a kiindulási értékre. 1970-ben a világon 10,3 millió ember halt meg, közülük 500 000 fertőző és parazita megbetegedésben, ebből tbc-ben 140 000 ember. Az Egyesült Nemzetek adatai szerint a világ lakosainak a száma a mai 4 milliárdról 1985-ben 5 milliárdra, 1995-ben pedig 6 milliárdra emelkedik. Ma a lakosság 40%-a városban, 60%-a falun él. 1995-ben ez fele-fele arányra változik. A világ összeszűkül, a forgalom fokozódik. Mindez kedvez a tbc terjedésének. Az elmaradott országokban születik a legtöbb gyermek. Ha sikerülne is a tbc-s fertőzés kockázatát csökkenteni, a tbc-s betegek száma a túlszaporodás következtében ismét emelkedik. A tbc halálozás a chemotherapia alkalmazása óta világszerte csökken, az amerikai egészségügyi minisztérium szerint azonban 2000-ig a mai szinten marad. Fokozni kell tehát a tbc elleni küzdelmet. A jó eredmény elérését az eszközök példája tanúsítja. Grönlandban, Alaszkában és Kanadában az eszközök a századfordulón még nem vészték át a tbc-s fertőzést. Így fertőzési kockázatuk a járvány behurcolásakor 25%, a tbc halálozás pedig 10% volt. 1951-ben az Egyesült Államok, Kanada és Dánia megszervezte az eszközök tbc elleni küzdelmét, aminek a hatására 1970-ben a tbc halálozás 10 000 lakosonként az előbbi 80-ról 0,3-ra, az új tbc-s betegek száma 250-ról 15-re, a tuberculin-pozitív gyermekek aránya pedig, ami a 4 éves korban 100 volt, 1970-ben a 14 éves korban 15%-ra csökkent. A kórokozót 90%-ban ki lehetett küszöbölni. Az eredmény elérése sok pénzbe és fáradságos munkába került. Ilyen módon Koreában 1962—1975 között sikerült az új tbc-s be-

tegek számát 50%-kal, a gyermekek tbc átvészelését pedig 53%-kal csökkenteni, a gyógyulás arányát pedig 67%-ról 82%-ra emelni.

Pongor Ferenc dr.

Tbc-szűrés kórházi dolgozókon. Vogeler, D. M. és mtsa (LDS Hospital, the Department of Family and Community Medicine, and the Division of Infectious Disease, Department of Medicine, University of Utah College of Medicine, Salt Lake City, Utah, 84143): American Review of Respiratory Disease, 1978, 117, 227—232.

Amióta a tbc a chemotherapia hatására az Egyesült Államokban is visszaszorult, a tüdőszanatóriumokat bezárták és a tbc-s betegeket közkórházakban ápolják. Azóta több államban a kórházak dolgozóin évente tuberculin-szűrővizsgálatot végeznek. Az új tuberculin-convertoorról azonnal és három hónap múlva mellkas röntgenfelvételt készítenek és az illetőt egy éven át INH-chemoterapiában részesítik. 1972 elejétől 1976 végéig 6335 előzetesen tuberculin-negatív dolgozón végeztek a kórházban több-tűs módszerrel tuberculin-próbát. Ezt a módszert a dolgozók szívesebben vállalták, mint az intracutan eljárást. A több-tűs módszer 1—50%-ban ad tévesen negatív eredményt. Ha a több-tűs próba eredménye kétes, vagy pozitív volt, a dolgozón 5 egység PPD tuberculin Mantoux-próbát csináltak. Kórházukban az öt év folyamán 45 aktív tüdőtbc-s beteget vettek fel, és ezeknek 44%-át nem kóris-mézték és különítették el a felvételtől azonnal. Új aktív tbc-s beteget a dolgozók között nem találtak, az új tuberculin-pozitívok száma pedig 7, azaz 0.11% volt. Közülük három a tbc-s betegek ápolásával foglalkozott. További 3, azaz 1.03% pedig azon 291 dolgozó közül került ki, akik a felvételtől még nem kóris-mézték és el nem különített 20 aktív tbc-s beteget ápolták. A tbc-szűrésnek ez a módja az alacsony conversio-arány figyelembevételével nagyon időigényes és költséges.

Pongor Ferenc dr.

A tüdőtagulat gyakorisága, súlyos volta és típusa egy finn város lakosainak a halálozásában. Sutinen, S. és mtsai (Departments of Pathological Anatomy and Forensic Medicine, University of Turku, and Department of Pathology, University of Oulu, Finland): Scandinavian Journal of Respiratory Disease, 1978, 59, 101—115.

A finnországi Turku városban az 1971—1972. évben meghalt 10 éven felüli 200 egyén adatait dolgozták fel a tüdőtagulat gyakorisága, súlyos volta és típusa szerint a bonc-lelet alapján. Tüdőtagulatot találtak a férfiak 68,8%-ában, amiből

51,4% enyhe, 12,8% közepes és 4,6% súlyos volt. A nőkben a tüdőtagulat aránya 56,5% volt, amiből 40,7% enyhe, 1,1% pedig súlyos volt. A dohányosokban a közepes vagy súlyos tüdőtagulat aránya 18,7% volt. A nem dohányosokban közepes vagy súlyos tüdőtagulatot nem láttak. Minél hosszabb volt a dohányzás időtartama, annál súlyosabb volt a tüdőtagulat is. A társadalmi helyzet és a foglalkozás nem módosította a tüdőtagulat gyakoriságát. Centrilobularis volt a tüdőtagulat a férfiak 59,9%-ában, a nők 33,0%-ában, a dohányosok és a volt dohányosok 60,4%-ában, a nem dohányosok 28,8%-ában. Panlobularis tüdőtagulatot találtak a férfiak 6,4%-ában, a nők 7,7%-ában. Heg körüli volt a tüdőtagulat a férfiak 16,5, a nők 4,4%-ában. A panlobularis és a heg körüli tüdőtagulat gyakoriságát a dohányzás nem befolyásolta.

Pongor Ferenc dr.

Tuberculosis: szokatlan röntgenképi elváltozások gyakorisága. W. T. Miller, R. R. MacGregor (Hospital of the University of Pennsylvania, Philadelphia): American Journal of Roentgenology, 1978, 130, 867—875.

A tüdőgümőkór előfordulása ritkábbá vált világszerte az egészségügyileg fejlett országokban, de korántsem szűnt meg. Ezzel párhuzamosan több okból is nőtt a valószínűsége a gümőkóros elváltozásokkal kapcsolatos diagnosztikus tévedéseknek. A tüdőbetegek nagyobb része ugyanis olyan orvosokhoz vagy olyan intézményekbe kerül, ahol nem a tuberculosis áll az érdeklődés előterében. Egyre több az olyan orvos, kinek kevés tapasztalata van e betegséggel kapcsolatban, alig gondol rá. Végül, de nem utolsósorban egyre gyakoribb a tüdőgümőkór szokatlan megjelenési formáinak előfordulása.

A szerzők 1971—1975 között észlelt 100 tüdőgümőkóros beteg anyagát elemezték, hangsúlyval a röntgenképi megjelenésen. 37 kiterjedt, jellegzetes tüdőtbc eset közül is több akadt, melyekben pneumóniára vagy tálvogra gondoltak első sorban. 31 diszkrétebb formában a kis kiterjedésű röntgenképi elváltozások változatlansága miatt tévesen inaktivitást tételeztek fel 12 esetben. Ilyenkor helvesebb „röntgenképi stabilitásról” beszélni, kevésebb inaktivitás kifejezést. 20 esetben pleuritis, mediastinalis vagy hilusi adenopathia, ptx. nodularis vagy jellegzetes miliaris forma állott fenn. 17 esetben találtak szokatlan röntgenképet tbc esetén. 3 mellkasfelvételen kóros nem látszott. 7 esetben carcinomának vélt árnyék volt, többnyire tbc-re nem jellemző elhelyezkedésben. 4 betegnek idült, tbc-re nem jellegzetes infiltrátum-árnyéka volt. 3 esetben atypusos miliaris tuberculosis felismerése okozott problémát. Ez különösen akkor nehéz, ha a miliaris tuberculosis az interstitium egyéb eredetű elváltozásaira rakódik. A röntgenképi adatok elemzését kiegészíti a klinikai tünetek rövid összefoglalása. Dominál a köhögés és fogyás, ritkább a láz és vérvettség. A fizikális leletek nem segítenek. Dönt a kórokozó kimutatása a köpetből.

Laczay András dr.

Diffúz tüdő-haemangiomasz. M. Rowen és mtsai (Children's Hospital of Orange County, Orange, Calif.): Radiology 1978, 127, 445—451.

A tüdő haemangioma gyakoribb formája a röntgenfelvételen körülírt többé-kevésbé kerek árnyék formájában jelentkezik. Ritkább a tüdőt diffúzan beszűrő forma. Ez általában generalizált haemangiomasz részjelensége, leginkább újszülöttekben. A szerzők három esetet ismertettek. Betegük életkora a tünetek jelentkezésekor 2,5, 4 és 7 év volt. A kezdeti tünetek köhögés, láz, fogyás, majd haemoptysis és véres pleuralis folyadékgyülem alakult ki, egy esetben orrvérzéssel és vérhányással. A későbbiekben nehézlégzés, orthopnoe és cyanosis alakult ki, és a betegek az első tünetek jelentkezését követően 2—3 évvel meghaltak. A röntgenfelvételek a tüdőkben kiterjedt interstitialis vagy vegyes típusú infiltrátumokat mutatnak, a szív megnagyobbodásával, a mediastinum kiszélesedésével, pleuralis folyadékkal. Kórjelző gyermekkorban a diffúz interstitialis infiltratio és a véres pleura-exsudatum együttese. Az elkülönítő kórisme szempontjából figyelembe veendő a röntgenképi alapján az interstitialis pneumonia főként pleuralis folyadékkal is járó esetekben, továbbá histiocytosis, collagen betegségek tüdőelváltozásai, pneumoconiosis, lymphangitis carcinomatosa és diffúz tüdőlymphoma, sclerosis tuberosa, cystás fibroid-pneumonia, vele született rosis, brochopulmonalis dysplasia, tüdő-lymphangiectasia.

Laczay András dr.

Orr- fül- gégebetegségek

Az adenotonsillectomia indikációi. A szerkesztőség közleménye. Lancet, 1978, 1, No. 8066, 700—701.

Angliában (Egyesült Királyság) a leggyakrabban végzett műtétek egyike az adenotonsillectomia, mellyel kapcsolatban ellentétes nézetek léteznek. A műtét szükségességének eldöntése főként az anyától felvett anamnesis alapján történik. A tonsillectomia szokásos indikációja az évenként négy vagy több alkalommal fellépő torokgyulladás és lázas állapot, amelyet tonsillitisre jellemzőnek gondolnak. Paradise és mások azon-

ban kimutatták, hogy ezen gyakorlat két nem vizsgált feltételezésen alapul, egyrészt, hogy a körtörténet pontosan jelezni fogja a garatinfec-tio gyakoriságát és súlyosságát a jövőben is, másrészt, hogy ha a ga-ratinfec-tio nagyon gyakori, akkor a tonsillectomia hatékonysága fő-lülmúlja a műtét költségeit és koc-kázatát. Említett szerzők 61 gyer-meket kísérték figyelemmel, akik az *anyától* származó olyan körelőz-ménnyel rendelkeztek, ami meg-győzőnek látszott, azaz 7 torokgyul-ladás egy év alatt, vagy két egy-mást követő évben 5. A gyermekek csak 15%-ánál találtak további tí-pusos tonsillitiseket. A szerzők ar-ra következtetnek, hogy az anyá-tól származó anamnesztikus adatok nem adnak megbízható támpontot arra vonatkozólag, hogy a gyerme-keknek tonsillitisük lesz a közel-jövőben.

Hibbert és munkatársai kimutat-ták, hogy nagyjából hasonló a hely-zet az adenotomia indiciójával és eredményeivel is. A szerzők számos fül-orr-gégészti kérdeztek meg. 65%-uk azt hitte, hogy az adenoidot azért kellett eltávolítani, mert az hypertrophizált. 80%-uk úgy vélte, hogy a szülőkől származó anamnesztikus adatok fontosak, 65%-uk a szájlégzés fon-tosságát hangsúlyozta. A gyerme-kek egy sorozatánál az anya kikér-dezése és a gyermek vizsgálata után adenotomiát végeztek és meg-mérték az eltávolított adenoidok súlyát. Nem találtak korrelációt azon tünetek súlyossága, melyeket az adenoidok hypertrophizációjának tulajdonítottak és az adenoidok nagysága között, kivéve az idősebb gyermekek között tapasztaltak hor-kolást. Röntgen-módszerekkel ta-nulmányozták az adenoidokat, és az derült ki, hogy az adenoidok súlya pontosan megjósolható a standard koponya-oldalfelvétele-ken látható árnyék alapján. **Hibbert** és **Stell** szerint az eltávolított adenoidok nagysága nem különbö-zik szignifikánsan a kontrolloké-tól. Ebből arra következtetnek, hogy a megbetegedett adenoidok-nak tulajdonított tünetek nincse-nek összefüggésben a szerv hyper-trophizációjával.

Más fül-orr-gégészek szerint az adenotomia indikált, ha az ade-noid inficiált. Noha az adenoton-sillectomia tényleg megváltoztatja garat mikroflóráját, nem volt bizo-nyíték arra vonatkozólag, hogy az adenoidok valóban inficiáltak vol-tak. Az eltávolított adenoidok szó-vettani vizsgálata nem mutatott akut gyulladást, csupán magas ak-tivitású nyirokszövetet. A szerzők felvetik a kérdést, hogy ha az ade-noidok sem hypertrophizáltak, sem inficiáltak nem voltak, miképpen lehettek megbetegedettek?

A fő érv az adenotomiák mel-lett az a tény, hogy az anyák azt állítják, hogy a gyermekek sokkal jobban vannak műtét után. Továb-bi vizsgálatok (**Hibbert** és **Stell**), azt mutatták, hogy ez sem állja

meg a helyét. Két csoportot hason-lítottak össze. Az egyik csoportban csak tonsillectomia, a másik cso-portban tonsillectomia és adeno-tomia történt. A műtét indicióját mindkét csoportban az ismételt garatgyulladás volt. A második csoportban az adenotomiát szokás szerint egyidejűleg végezték. Az adenoid megbetegedésnek tulajdo-nított tünetek egyenlőek voltak mindkét csoportban és műtét után 6 héttel csaknem teljesen vissza-fejlődtek mindkét csoportban (ki-véve a szájlégzést, ami még gy-a-koribbá vált). A tonsillectomiához csatlakozó, a cikk által „rituális-nak” minősített adenotomia nem jár kedvező eredménnyel. Továb-bá, ami még fontosabb, egyes anyák szerint azok a gyermekek voltak jobban, akiknél adenotomia nem történt.

Az otitis media catarrhalis se-rosa kérdése tovább vizsgálendő. A közlemény szerint az adenoto-miának egy aspektusa — már ami az indiciót és az eredményeket illeti — világossá vált: az anyától származó körelőzményi adatok ér-téktelenek és objektív módszere-ket kell keresni.

[Ref.: A tonsillectomiának, ille-tőleg a tonsilloadenotomia indica-tiójának kérdésében kétségtelenül szélsőséges nézetek csapnak össze. Noha a szerkesztési közlemény a problémakörnek csak egy aspektu-sával (az anyától származó aname-nesis értékeivel) foglalkozik, ki-csengése nyilvánvalóan tonsillo-adenotomia-ellenes. A kérdés egy szempontból történő megközelítése nem nyújthat objektív alapot arra, hogy az egész problémakörrel szemben állást foglaljunk. A citált vizsgálatok kis száma még a kon-kkrét kérdés megítéléséhez sem ele-gendő. A chronikus adenoiditisnek egyik cardinalis tünete, a muscu-lus sternocleidomastoideus hátsó éle mentén elhelyezkedő nyirok-csomók megnagyobbodása nem is említetik, sem a chronikus ade-noiditis és az ismétlődő, illetőleg elhúzódóan gyógyuló akut gennyes középfülgyulladások összefüggése sem. Azzal tökéletesen egyet kell értenünk, hogy a tonsillectomia és az adenotomia indiciójának fel-állításához objektív vizsgálati mód-szerek kidolgozása rendkívül fon-tos lenne, jelenleg azonban ilyen-nel nem rendelkezünk. Nem vitat-ható, hogy a műtétek egy része fe-leslegesen történik, azonban mind-addig, amíg objektív vizsgáló el-járások nem állnak rendelkezé-sünkre, az indicatio felállításának egyetlen alapja a józan kritikával és nagy tapasztalattal rendelkező gyermekgyógyász és fül-orr-gégész konzultációja lehet.]

Bauer Miklós dr.

A hangszalag laser-sebészete. Karduck, A. és mtsai (Esseni Fül-orr-gége Klinika és Anatómiai In-tézet): Laryng. Rhinol. 1978, 57, 419—427.

A kísérletes vizsgálatok és kli-nikai tapasztalatok szerint a fül-orr-gégészeti területén a laser-sebé-szet súlypontja a gége mikrochi-rurgiájára esik.

A különböző hullámhosszúságú laser-sugarat a szövetek különbö-zőképpen absorbeálják. A szöve-tekbe hatolt laser-sugár általában szövethiányt és a meleg hatására létrejött degeneratív elváltozást hoz létre. A szerzők a laser-hatás tanulmányozására a következő vizsgálatot végezték: gégeexstirpa-tio előtt álló gégecarcinomás bete-gek tumormentes hangszalagját laser-sugárral kezelték. Yttrium—Alumínium—Granat—Lasert alkalmazták (Fa. Messerschmitt—Böl-kow—Blohm, Ottobrunn), melynek rövidhullámú sugarát ($\lambda = 1,06 \mu m$) flexibilis kvarcszál vezeték továbbítja és speciális laser-endo-scoppal (Fa. Karl Storz, Tuttlin-gen) irányítják a gégebe, operá-ció s laryngoscop segítségével. 2 óra múlva a géget műtét során eltávo-lították, és azonnal feldolgozták. A hangszalagon létrejött elváltozást endoscoposan és morfológiailag vizsgálták, a szokásos histológiai és elektronmikroszkopos módszerek-kel. Megállapították, hogy maga-sabb dózisu laser-sugár (55 W 6—9 sec között) által létrehozott szövet-károsodás alkalmas a hangszalagot infiltráló carcinoma elpusztítására.

Tolnay Sándor dr.

Virológiai vizsgálatok akut hal-láscsökkenésben szenvedő betege-ken. Wilke, J. és mtsai (Orvosi Mikrobiológiai Intézet és Orvosi Akadémia, Erfurt): HNO-Praxis, 1978, 3, 99—103.

A hirtelen halláscsökkenés létre-jöttét magyarázó elméletek 3 fő csoportba oszthatók: 1. vascularis, 2. vírusos és 3. stress-aetiologia.

Mióta a vírusinfec-tio halláscsök-kenést okozó szerepét kimutatták, számos kísérlet történt a hatásme-chanizmus magyarázatára. A ví-rusinfec-tio arteriális, ill. vénás mi-crocirculációs zavart okozhat a bel-sőfül ereiben, csökkenti a kapillá-ris áramlást és az oxigén partialis nyomását a kapillárisokban, ami a perilympa oxigén partialis nyo-más csökkenéséhez és a Corti-szerv szörsejtjeinek O_2 -deficitjéhez ve-zet. Az is egyértelmű, hogy ha a serumban emelkedett vírustiter találunk, különösen olyan beteg-ben, aki érendszer megbetegedése miatt a dekompenzáció határá-n van, ez még nem szól egyértel-műen a hirtelen halláscsökkenés vírus eredete mellett.

A szerzők 28 hirtelen halláscsök-kenésben szenvedő betegben kü-lönböző vírusfajták, valamint Chla-mydiák, Mykoplaszmák és Toxo-plasmák serológiai vizsgálatát vé-geztek el. Szigorú feltételek mel-lett 4 betegben észleltek komple-mentkötő antitest-titer emelkedést, influenza A és B-re, ill. mumpsra és cytomegalia. Ezen kívül para-

vasalis nyirokesomóból, perilymphából, liquorból, mandulából és rectumból végeztek vírustenyésztést. Emellett a tüdőfibroblast és strumasejt kultúrából is történt vírustenyésztés, mely egy esetben sem mutatott pozitív eredményt. A serológiai eredményeket figyelembe véve, csak a betegek 14,3%-ánál jött szóba a hirtelen halláscsökkenés vírus aetiologiája. A szerzők véleménye szerint a folyamat tisztán vírus eredetét csak nagy körültekintéssel lehet kimondani, leggyakrabban többször többször, komplex folyamat hozza létre a hirtelen hallásvesztést.

Tolnay Sándor dr.

Az idült középfülgyulladás és cholesteatoma műtéti kezelése a hátsó hallójáratfal megtartásával. Tos, M. (Fül-orr-gége Klinika, Gentofte Hospital, Copenhagen): HNO, 1978, 26, 217—223.

Még ma sem lezárt kérdés, hogy a cholesteatomás fül műtétjét nyitott vagy zárt módszerrel, a mastoid üreg obliterációjával vagy replepatisációjával kell-e végezni. A hátsó hallójárat megtartása, az ún. „intact wall technique” a primer functionalis eredmények miatt igen jónak tűnik, de a késői eredményekről igen kevesen számolnak be.

A szerző két különböző zárt technikával végzett középfülműtét csoport késői eredményéről számol be. 478 fület (ebből 367 középfül-cholesteatomát és 111 chronikus granulátos otitist cholesteatoma nélkül) vizsgált meg 2—10 évvel a műtét után. Eredmények: a) konzervatív radicalműtét, tympanoplastica fasciával és izomobliterációval (298 fül). E csoportban stabil késői eredményt kaptak. 80%-ban ismételt műtét történt, 2,80%-ban residual-, 0,90%-ban recidiv cholesteatoma, 150%-ban perforatio és 900%-ban száraz műtési üreg volt. b) Módosított „intact wall technique” kis corticalis mastoidectomiával és epitympanalis kontroll-nyílással. E csoportban 70% residual-cholesteatoma, 20% recidiv cholesteatoma volt, és 110%-ban kellett a fület reoperálni.

Utóvizsgálataikból azt a következtetést vonják le, hogy a zárt „intact wall technique” granulatióval járó otitisben jó és biztos módszer. Cholesteatomában viszont ez az eljárás a nagy recidiva lehetősége és a sok retraction miatt, ami később recidiv cholesteatomához vezethet, nem biztos módszer. Az „intact wall technique” és az obliterációs módszer kombinációja talán biztosabb eredményekhez vezethet.

Tolnay Sándor dr.

Osteoplastikus arcüreg műtét. Feldmann, H. (Westfalischer Wilhelms-Egyetem, Münster i. W.): Laryng. Rhinol. 1978, 57, 373—378.

Az utóbbi években ismét gyakrabban alkalmazott endonasalis módszerek ellenére az arcüreg műtétek legnagyobb része ma is a Caldwell és Luc által a múlt század végén leírt technika szerint történik. Ennek hátránya a facialis arcüregfal levő maradandó nyílás. Ezen keresztül zsír és kötőszövet boltosulhat be az arcüregbe, hegeseések léphetnek fel, és a felső állcsont stabilitása is megváltozhat.

A melléküreg traumatologia, az osteoplastikus fülsébesztés és az idegsebészeti tapasztalatai alapján, valamint a műszerezettség fejlődése lehetővé tette az eredeti Luc-Caldwell műtét osteoplastikus továbbfejlesztését. A szerző által bevezetett eljárás során kis fúróval készített két nyílásból a Feldmann-féle mikrofüresszel négyszög alakú tetőt vágunk ki az arcüreg facialis falából. Az így készített ablak lehetővé teszi a szükséges beavatkozást az arcüregben. Műtét végén a tetőt visszahelyezik a nyílásba és 3 chrom-catgut öltéssel — amit kis fúrt lyukon vezetnek be — rögzítik. Ezáltal elkerülhető a zsír és kötőszövet prolapsusa a facialis ablakon át és a hegeseések. Nem változik a maxilla stabilitása sem. A szabad csonttransplantatum reactionmentesen gyógyul. Kilökődést vagy más szövödményt eddig sem polyposus sem gennyes sinusitis esetében sem észleltek.

Tolnay Sándor dr.

Endonasalis Ar⁺-Laser sugárkezelés rhinitis vasomotoricában. Lenz, H. és mtsai (Fül-Orr-Gége Klinika, Krefeld, Berlini TU és TFH Optikai Intézete): Laryng. Rhinol. 1977, 56, 749.

Az első klinikai tapasztalatokról számolnak be, amit rhinopathia vasomotoricában szenvedő beteg Argon-ion laser kezelése során nyertek. Pont- és vonalszerű laser laesiót végeztek az alsó orrkagylón. A típusos laser laesio makroszkóposan központi elszínesedési zónát és körülötte élesen határolt coagulációs zónát mutat, amihez később hyperaemiás széli zóna csatlakozik. A következő napokban éles határú laser-fekély alakul ki, amely a 20. napra tisztul fel és gyógyul. Az eljárás előnye a teljes vértelenség, és megfelelő premedikáció és helyi érzéstelenítés mellett a fájdalommentesség.

A laser-sebészeti eljárást összehasonlították a rhinopathia vasomotoricában eddig alkalmazott sebészeti eljárásokkal. Az eddig 6 hónapos megfigyelés alatt a laser-eljárással kezelt betegek tünetmentesek voltak. Leírják az alkalmazott laser-sebészeti technikát, és az általuk készített cső-végződést az orrüregben való alkalmazás számára.

Tolnay Sándor dr.

Anyagserebetegségek

Diabeteses mikroangiopathia: a pathogenesis újabb koncepciói. Standl, E. (III. Abt. des Städt. Krankenhauses Schwabing und Forschergruppe Diabetes, München): Dtsch. med. Wschr. 1978, 103, 841—844.

A diabeteses mikroangiopathia pathogenesisének kiinduló pontjaitól indulhat az a megfigyelés, hogy a retina és veseglomerulusok mikroangiopathiás elváltozásai nagymértékben a diabeteses anyagcserezavar tartamától függenek. Míg juvenilis diabetesben a betegség kezdetekor még csak elvétve fordul elő, addig 20 éves diabeteses tartam után már csak a betegek 10—25%-a mentes e komplikációtól. Ezért nem csoda, hogy a diabetológusok retrospektív vizsgálataik alapján létrejöttét és lefolyását a diabetes beállításának milyenségével hozzák összefüggésbe, még ha az utóbbi években néhány prospektív vizsgálat alapján az optimális diabetes beállítás értékét kétségbe is vonták. És bár állatkísérletekben is a diabeteses mikroangiopathia létrejöttét, progressióját és visszafejlődését a szénhidrát anyagcsere zavarának egyensúlyával állt összefüggésben, megjegyzendő, hogy ezek az eredmények nem vonatkoztathatók mindenben a humanpatológiára. Az emberi vesefunkciók azonban hasonló következtetésekre adtak alkalmat, amennyiben egészséges ember veséje cukorbetegbe átültetve néhány hónap után szintén diabetesre jellemző elváltozást mutatott, egy cukorbeteg veséjének glomerulosclerosis pedig nem cukorbetegben egy év után jelentősen visszafejlődött. Említést érdemel egy belga munkacsoport 4400 cukorbeteg megfigyelését magában foglaló közleménye, amelyből kiderült, hogy a jól beállított cukorbeteg a súlyosabb mikroangiopathiás formáktól 20 éves diabeteses tartam után is mentesek maradtak; ugyanennyi idő alatt viszont a nem kielégítően kezelt 65%-ában többnyire előrehaladott stádiumú retinopathia, 150%-ában nephropathia, 550%-ában pedig neuropathia fejlődött ki.

Összességében tehát az újabb ismeretek birtokában is elmondható, hogy a terápiában a továbbiakban is ajánlatos a diabeteses anyagcserezavart erőfeszítésünkkel teljes latbavetéssel normalizálni és a kezelési célja nem lehet csak a súlyosabb anyagcsere-kisiklások elkerülése. Ebben pedig nemcsak a jó vércukor- és vizeleteredményekre, hanem a testsúly, valamint a serum lipoprotein és kóros haemoglobin (A 10 fractio) értékeinek normalizálására is törekedni kell.

A mikroangiopathia pathobiológiáját illetően a diabeteses anyagcserezavar kedvezőtlen hatását a glucose megnövekedett beépülésével (fe-

hérjébe és kapilláris basalmembránba), a haemoglobin A 10 képzéssel, a megnövekedett intracelluláris sorbitképződéssel, az érfalak csökkent oxigénellátásával (a vörösvérsejtek oxigén transzportjának zavara következtében), a véráramlás megváltozása és egyes hormonok (növekedési hormon, vagy gonadotropin) túlprodukciója által hozhatja létre. A diabeteses mikroangiopathia felléptét siettetik és lefolyását módosíthatja a dohányzás, a hypertonia, az artériák szűkülete, illetve a vér hiányos oxigenizációja, a vörösvérsejtek anyagcserezavara (pl. anaemia pernicioza).

A *genetikus befolyás* kérdését illetően a diabetológusok véleményét mindig befolyásolja az a tény, hogy 40 éve diabetesben szenvedő betegek is léteznek mikroangiopathiás szövödmény nélkül. Ilyenkor merül fel mindig az a gondolat, hogy a diabetesnek két genetikusan determinált, mikroangiopathiás és enélküli formája létezik. Érdekes eredményeket adott a monozygota ikerpárok összehasonlító vizsgálata, amikor mindkettő, illetve csak az egyik volt cukorbeteg. Az utóbbiak között a diabeteses retinopathia incidenciája és súlyossága kisebb volt. Szignifikáns különbséget tapasztaltak a két csoportban a HLA B 8 foktort gyorsabban megtalálták. Annak lehetősége is felmerült, hogy egyes HLA konstellációk kedveznek a súlyos retinopathiás szövödmények felléptének, mások pedig védelmet nyújtanak ellenük.

A diabeteses mikroangiopathia pathogenesisének kérdése tehát még nincs lezárva, de az optimális beállítás kedvező hatását még a genetikai tényezők elfogadása esetén is igénybe kell venni.

Angeli István dr.

Diabetes és hypertonia. Szerkesztőségi közlemény: Lancet, 1978, II, 138–139.

Klinikuskban gyakran támad olyan benyomás diabeteses klinikai anyagot látva, hogy a cukorbeteg között gyakrabban fordul elő hypertonia, mint egyéb populációban. Ez a benyomás objektív tényekre is támaszkodik, mint pl. a diabetesben gyakran észlelt elhízás, amely hypertoniával gyakran társul, továbbá az ugyancsak sokszor hypertoniához vezető veseelégtelenség diabetesben. Másrészt az is ismert, hogy Cushing-kórban, Conn szindrómában, pheochromocytomában a hypertonia mellett igen sűrűn hyperglykaemia is található. Egyre inkább ismert az az adat is, mely szerint thiaziddal kezelt hypertoniások között egyre több diabetes válik manifestté.

A diabetes és hypertonia kapcsolata számos kutató érdeklődését felkeltette, s a Lancet szer-

kesztőségi cikke egymás mellé állít olyan közleményeket, amelyek az esetleges összefüggéseket bizonyítják, másrészt olyan adatokat, megfigyeléseket ismertet, melyek nem bizonyítják a két betegség között a szoros összefüggést.

Pell és D'Alonzo 1967-ben gyári munkások között 54%-ban talált diabetesesek között hypertoniát, s ez a szám jóval magasabb volt a nem diabetesesek közötti hypertonia előfordulásánál. Jarrett és mtsai Angliában ugyancsak összefüggést találtak a hypertonia és a kóros vércukorgörbéjű tisztviselők körében végzett vizsgálataik alkalmával a systolés és diastolés vérnyomás-emelkedést illetően. Egy másik felmérésük során viszont csak a diastolés vérnyomás viselkedésében láttak eltérést és csak férfiakon, akiknek a cukorterhelése határértékeként mutatott (borderline glucose intolerance).

Ahhoz, hogy egyértelműen ki lehessen mondani, hogy a diabetesnek direkt hatása van a vérnyomásra, még számos felmérést kell végezni, mert az sem állítható, hogy minden tartósan fennálló diabetesben egyformán magas a vérnyomás is. Egy 20 éves felmérés adatai (Goodkin) szerint a diabetesben észlelt hypertonia nagyobb mortalitást eredményezett, mint a nem diabetesesek között, ugyanezt a már említett Pell és D'Alonzo nem tudta megerősíteni. Abban viszont egyet lehet érteni, hogy a diabetesben észlelt hypertonia szövödményként is előfordulhat — elsősorban veseértelepedés során — és ezért nagyon fontos a vérnyomás gyakori ellenőrzése, főleg proteinuria fellépte után.

Iványi János dr.

Az izommunka és tréning jelentősége a diabeteses mellitus kezelésében. Berger, M. és mtsai: Dtsch. med. Wschr. 1978, 103, 439–443.

Az izommunka kedvező hatására a diabetes kezelésében már a múlt században rámutattak, de kiderült, hogy dekompenzált, ketosisos cukorbetegre kómát is kiválthat. A mozgás kedvező hatása az insulinigény csökkenésében nyilvánul meg, de insulinnal kezelt cukorbetegre hypoglykaemia veszélyével is járhat. A triglycerid szintet csökkentve az érrendszeri károsodások kialakulását is hátráltatja. Ugyanakkor a pszichológiai össz-szituációk és emocionális stabilitás, valamint a szociális kötődések javításával — kedvező psychoszociális hatása révén — az élet minőségét is megjavítja.

Egészséges szervezetben az izommunka nagyobb glukóz igénye kompenzálódik és hypoglykaemiák csak kimerítő megterhelésnél (pl. maratoni futás) jönnek létre. Cukorbetegre két körülményt kell tekintetbe venni: az anyagcsere aktuális állapotát, valamint a mozgás

és az exogen insulin kölcsönhatását. Kompenzált juvenilis cukorbetegre a nem megerősített izommunka kedvező, amennyiben a vércukrot kedvezőtlen hormonális és anyagcserehatás nélkül csökkenti. Dekompenzált diabetesben viszont a vércukrot és ketosist is növeli, a glucagon és cortisol szint emelkedésével, valamint a kórkép romlásával együtt. A gyakorlatban azonban inkább a hypoglykaemiás hatással számolhatunk, amennyiben az exogen insulin hatását fokozza és meggyorsítja, ezért az izommunka tartamától és intenzitásától függően az insulin dosist csökkenteni és/vagy a szénhidrát-felvételt növelni kell. E szabályok betartásával és jó együttműködéssel a fiatal cukorbeteg — amint azt több példa is bizonyítja — még élsportolók is lehetnek. A tapasztalatok szerint enyhébb munkaterheléssel még a labilis cukorbeteg étkezést követő magasabb hyperglykaemia és ezt követő hypoglykaemia is kiküszöbölhető.

A folyamatos testmozgás és izomtréning kedvező hatásáról szaporodnak a közlemények. Triglycerid szint csökkentő hatása mellett kimutatták, hogy a basalis és glukóz stimulálta insulin szintet is csökkenti a glukóz tolerancia romlása nélkül. Ez pedig amellet szol, hogy a tréning a szövetek insulin érzékenységét növeli (ref.: ez egyébként a triglycerid szint csökkentéséből is adódik). Az eddigi megfigyelések alapján pedig valószínűsíthető, hogy a nem megerősített testi tréning az érett kór, insulinra nem szoruló cukorbeteg toleranciáját is javítja. Ezáltal az orális antidiabetikumok adását feleslegessé teheti, a cardiovascularis szövödmények kialakulását pedig megelőzheti.

Angeli István dr.

Diabetes régebbi cholecystectomy után. Grosse, H., G. Brauner (Abt. Path. Anatomie und Chirurg. Klinik des Bezirkskrankenhauses Stralsund): Z. ges. inn. Med. 1978, 33, 247–249.

A cholelithiasis és diabetes mellitus összefüggését már sok szerző érintette és gyakrabban találtak cukorbetegséget a cholecystectomy után is (ref.: de ennek szénhidrát-anyagcserét kedvezően befolyásoló hatásáról is sokan publikáltak). Az operált cukorbeteg diabetes veszélyeztetettsége, vagy védettsége egzakt módon csak sectiós beteganyagon bírálható el.

1945. és 1976. között Stralsundban 22 868 felnőtt boncoltóból 1563 volt a cukorbeteg, 6975 az epeköves és 461 a régi, már legalább két éve cholecystectomyzott. A 2 éven belüli műtéteket az epekövesek közé sorolták. A 12 371 férfi boncolt között 2295 epe-, 538 cukorbeteg és 109 cholecystectomyzott találtak, a 10 497 női boncoltóból 4680 volt epeköves, 1025 cukorbe-

teg és 352 cholecystectomizált. A diabetes előfordulása epeköves boncoltak között mindkét nemből gyakoribb volt, mint az epekőtől mentes boncoltak között. A férfi epekövesek között a diabetes aránya 6,7%, a női epekövesek között 11,1% volt, míg a kőmentesek között ez az arány 4,3, illetve 7,6%-osnak bizonyult.

A cholecystectomizált férfiak diabetes gyakorisága megközelítőleg hasonló 6,4% volt, az operáltak között viszont már szignifikánsan gyakoribbnak, 20,5%-osnak találták. A diabeteses boncoltak abszolút kővolumene csak kissé volt nagyobb, mint a nem cukorbetegé. A cholecystectomizált cukorbeteg között több volt az elhízott és régebben appendectomizált. Komolyabb szervi különbséget a két csoportban nem találtak, de a zsírmáj intenzitása a cukorbeteg között fokozottabbnak tűnt és, ha nem is szignifikánsan, a cholecystectomizált cukorbeteg májcirrhosis és pancreas-necrosis hajlama is erősebbnek bizonyult.

Gyakorisága miatt a cukorbetegséget az epekövesek második betegségének tartják és többen a cholelithiasist a praediabetes egyik jeleként értékelik. Neves szerzők a köves epehólyag korai eltávolításának a diabetes megelőzésében, illetve megnyújtásában is szerepet tulajdonítanak. A szerzők tapasztalatai azonban ennek ellentmondanak, amennyiben cholecystectomy után gyakrabban észleltek diabetest, főleg ha a cholecystectomyt elhízás is követte.

Angeli István dr.

Alkohol-indukálta hyperlipoproteinaemiák. Frey, M., L. Filippini (Med. Klinik Kantonsspital Luzern): Dtsch. med. Wschr. 1978, 103, 540—541.

Az alkohol-indukálta hyperlipoproteinaemiákra először 1918-ban Feigl hívta fel a figyelmet, azóta pedig több klinikai, epidemiológiai és experimentális vizsgálat foglalkozott az összefüggésekkel. Az alkohol által indukált, vagy potenciált hyperlipidaemiák a hyperlipoproteinaemiák leggyakoribb formái közé tartoznak.

Az alkoholos hyperlipoproteinaemiák pathomechanizmusa még ismeretlen, de annyi tény, hogy az alkoholfogyasztóknak csak 30%-ában fordul elő. A szerzők hyperlipoproteinaemiás páciensei szignifikánsan több alkoholt fogyasztottak, mint a hyperlipoproteinaemiában nem szenvedők. Az előbbieknél előzőleg napi 200 g, az utóbbiak pedig napi 140 g alkoholt tartalmazó szeszes italt ittak meg. Az elfogyasztott alkohol mennyiségén kívül azonban genetikai, alimentaris, hepatikus és hormonális tényezők is jelentős szerepet játszanak létrejöttében. Így pl. IV. típusú hyperlipoproteinaemia hajlamban ezt már alacsonyabb alkoholfogyasztások is kiválthatják. A nők ritkább alkoholos hyperlipoproteinaemiája mögött hormonális okok gyaníthatók. Súlyosabb idült májbántalmakban, így főleg májcirrhosisban nem szokott létrejönni. Úgy tűnik, hogy az elfogyasztott szeszes italok minőségi különbsége, és az esetleges májbetegségek aktivitása nem játszik túl nagy szerepet.

Az alkohol-indukálta hyperlipoproteinaemiák 88%-a IV. típusú, praebéta-hyperlipoproteinaemia (endogen hypertriglyceridaemia). A cholesterol értékek normálisan vagy alig magasabbak, a fosfolipid értékek viszont általában nagyobbak. Chylomikronok a serumban — a zalkohol által ritkábban létrehozott I. és V. típusú leszámítva — nem mutathatók ki.

Amennyiben a hyperlipoproteinaemiahoz icterus és haemolytikus anaemia is társul, Zieve szindrómáról beszélünk. Ennek részleges létrejötte viszont azt is bizonyítja, hogy nem nosológiai egységről, hanem sokkal inkább három alkohol által indukált elváltozás találkozásáról van szó.

Az alkohol szerepét a hyperlipoproteinaemiák anamnesisében, diagnózisában és terápiájában is mindig számításba kell venni.

Angeli István dr.

Autoimmunitas juvenilis diabeteses betegekben és családtagjaikban. Botazzo, G. F., Mann, J. I. (Dept.

Immunology, Middlesex Hosp. Oxford): Brit. med. J. 1978, II, 165.

A pancreas szigetsejt elleni antitestek első leírása egy polyendokrin autoimmun betegen történt. Az antitestek gyakorisága frissen felfedezett juvenilis diabetes mellitusban (d. m.) 60—85%, két évvel később már csak 20%. A szerzők szigetsejt, glukagon és somatostatin sejt ellenes, valamint thyreogastrikus antitesteket vizsgáltak juvenilis, insulin dependens d. m.-ban (116 beteg, életkoruk 2—30 év), a betegek 52 hozzátartozóján és 207 véradó kontroll személyen. Az antitest-meghatározást 2—4 havonként megismételték, 27 beteg több mint három vizsgálat történt.

A szerzők adatai megerősítik, hogy a szigetsejt elleni antitestek a fiatalkori és insulin dependens d. m.-ra jellemzőek. Megállapítják, hogy az antitestek gyakorisága a d. m. tartamával összefügg, de hat éves kor alatt frissen felfedezett esetben is ritkán mutathatók ki. A pajzsmirigy és gyomor nyálkahártya elleni antitesteket szignifikánsan gyakrabban észlelték a szigetsejt elleni antitest pozitív esetekben. Szerv-specifikus antitesteket több éve fennálló d. m.-ban is kimutattak. A polyendokrin d. m. gyerekeken ritka, csak három esetben figyelték meg a d. m. mellett a klinikai tüneteket okozó pajzsmirigybeteget, egyben pedig magas somatostatin ellenes antitest títert.

Polyendokrin d. m.-ban a genetikai praedispozíciót a HLA szöveti antigének vizsgálatával igazolták.

A d. m. familiaris előfordulása esetén gyakoribb a szerv-specifikus immunitás, és a vascularis szövődés. Hét családban a d. m. halmozottan fordult elő, ugyanezekben a retino- és nephropathia, valamint a pajzsmirigyműködés zavara is gyakoribb volt. E családok d. m.-ban nem szenvedő tagjain két esetben somatostatin, egyben glukagon sejt elleni antitesteket is találtak. Az antitest titer az első két év során emelkedtek, majd öt évig változatlanok maradtak. A szerzők véleménye szerint a pancreas szigetsejt elleni antitestek családi halmozódása praedispozíciót jelent autoimmun d. m.-ra.

Holländer Erzsébet dr.

PROBON®

drazsē

ANALGETICUM



CHINOI BUDAPEST

A Probon új típusú fájdalomcsillapító. Gátolja a kábító hatású fájdalomcsillapítók légzés-csökkentő hatását is, ugyanakkor azok fájdalomcsillapító hatását fokozza. Nem toxikus, megszokást nem okoz, jól tűrhető, ezért hosszabb ideig tartó adagolásra is alkalmas.

ÖSSZETÉTEL: Drazsénként 300 mg Rimazolium methylsulfuricum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK: Chronikus mozgásszervi fájdalmak megszüntetésére. Egyéb fájdalmakban: a szokásos fájdalomcsillapítókkal nem szüntethető igen heves fájdalmak csillapítása görcsoldókkal és kábító hatású fájdalomcsillapítókkal előnyösen kombinálható. A légzésre gyakorolt előnyös hatása miatt különösen javallt idős betegek fájdalmainak csillapítására.

ADAGOLÁS: Átlagos adagja felnőtteknek: járó betegeknek naponta 3-szor 1 drazsē, fekvő betegeknek 3-szor 1—2 drazsē.

MELLÉKHATÁSOK: Ritkábban enyhe hányinger, szédülés és kábultság előfordulhatnak.

FIGYELMEZTETÉS: A Probon fokozza mind a centralis depressziós szerek, mind a kábító hatású fájdalomcsillapítók hatását, ezek egyidejű alkalmazásakor — egyéni megítélés alapján — az adagok csökkentése ajánlatos.

CSOMAGOLÁS ÉS TÉRÍTÉS: 10 db 0,3 g drazsē. 3,90 Ft.

MEGJEGYZÉS: ☒ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CHINOIN
BUDAPEST



LIBEXIN COMBINATUM[®]

tabletta

ANTITUSSIVUM

A Libexin combinatum tabletta köhögéscsillapító és köptető hatóanyagok kombinációja. A Libexin perifériás támadáspontú köhögéscsillapító, melynek hatását kiegészíti a köpetürítést elősegítő és hörgi secretiót fokozó emetin komponens. Így a Libexin combinatum tabletta egyesíti a centrális hatástól mentes köhögéscsillapító és a reflektorikus úton létrejött köptető tulajdonságokat, eredményesen alkalmazható csaknem minden bronchopulmonális és pleurális megbetegedés esetén az oki terápiával együtt alkalmazva.

ÖSSZETÉTEL: Tablettánként 200 mg 3—/2, 2 diphenyl-aethyl-5/-piperidinoethyl-1, 2, 4-oxadiazolum hydrochloricum és 1 mg Emetinum hydrochloricum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK: Grippe, bronchitis spastica, bronchitis acuta és chronica, laryngitis, asthma bronchiale, emphysema, pleuritis, pleuropneumonia, tüdő-tbc.

ELLENJAVALLATOK: Nagy váladékozással járó kórképekben és különösen postoperatív állapotokban (inhaltációs narkózis után) ellenjavallt.

ADAGOLÁS: Átlagos adagja felnőtteknek naponta 3—4-szer 1 tabletta étkezés után.

MELLÉKHATÁSOK: Émelygés, esetleg hányinger szórva-nyosan előfordulhat, ami a gyógyszer szedésének abbahagyása után megszűnik.

FIGYELMEZTETÉS: A tablettát egészben nyeljük le, mivel szétrágása a száj nyálkahártyáján múló zsibbadást válthat ki. A gyógyszert a gyermekpraxisban ne alkalmazzuk.

Gyermekek elől elzárva tartandó.

CSOMAGOLÁS ÉS TÉRÍTÉS: 20 db tabletta 3,90 Ft.

MEGJEGYZÉS: ✕ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.



A Schöpf-Merei Kórház és Anyavédelmi Központ 1979. október 11-én (csütörtök), a Kórház kultúrtermében (IX., Bakáts tér 10.) — az intézet fennállásának 25-ik évfordulója alkalmából — **tudományos ülést** rendez.

Délelőtt 10 óra

Bognár Zoltán dr.: Megnyitó.

Schleffer Ödön dr.: Az amnion-folyadék vizsgálattal szerzett tapasztalataink.

Czappán Piroska dr.: Az újszülöttkori *Listeria monocytogenes* fertőzésekről az újabb irodalmi adatok tükrében.

Mészáros Klára dr.: Terhes nők oestriol ürítésének értékelése.

Victor Ágoston dr.: Tíz év a nővédelem fejlesztésében.

Kneiszl Ferenc dr.: Rövid összefoglaló a kórház 25 éves boncolási anyagából.

Délután 2 óra

Adám János dr., Villányi Pál dr., Hajdu Zsolt dr.: Abortusok utáni Rh isoimmunizációk.

Mohácsi Antónia dr., Horváth Katalin dr., Csiszár Katalin dr.: Koraszülöttek fertőzöttsége az első élethetekben.

Labancz Tibor dr., Balás Attila dr., Horváth István dr.: Epeköves betegeink anyagának tapasztalatai az elmúlt 15 évben.

Szabó Mária dr.: Újszülöttkori hasi röntgendiagnosztikai problémák.

Horváth László dr.: A genetikai tanácsadás jelentősége.

Az Országos Ideg és Elmegyógyászati Intézet Röntgenosztály 1979 októbertől 1980 júniusig minden szerdán délután 14 órakor, az Intézetben (II., Vörös Hadsereg u. 116.) **Pálvolgyi Richárd dr.:** „A neuroradiológia alapjai” címmel előadássorozatot kezd.

Első előadás: 1979. október 3.

A Magyar Gerontológiai Társaság és a Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesülete 1979. október 6-án, 10 órakor Budapesten, a Weil-teremben (V., Münnich Ferenc u. 32.) **kerekasztal-konferenciát** rendez.

Téma: Az időskori cerebrovasculáris kórképek kezelése.

Beregi Edit dr., a Társaság elnöke és Várallyay Gyula dr., a Tudományos Egyesület elnöke: Megnyitó.

Vitavezető: **Hun Nándor dr.**

Résztvevők: **Andor Miklós dr. (Bpest.), Arnold Csaba dr. (Bpest.),**

Balogh Gizella dr. (Miskolc), Baráth Ida dr. (Vásárosnamény), prof. Csanda Endre (Bpest.), Fehér Miklós dr. (Bpest.), Gergely István dr. (Bpest.), Király Piroska dr. (Bpest.), Kocsis Ferenc dr. (Visegrád), Németh Imre dr. (Heves), Papp András dr. (Bpest.), Vértes László dr. (Bpest.), Schwarczmán Pál dr. (Bpest.).

A Debreceni Orvostudományi Egyetem Női Klinika 1979. október 8-án, 14 órakor Debrecenben, a Női Klinika tantermében „**Helyi- és vezetési érzéstelenítés terheségben**” címmel **tudományos ülést** rendez.

1. **Lampé László dr.:** Bevezetés.

2. **Bacsa Sándor dr.:** Történeti áttekintés, a vezetési érzéstelenítés helye a fájdalomcsillapításban.

3. **Krasznai Péter dr.:** Vezetési érzéstelenítés a szülészetben.

4. **Tarnóczi Péter dr., Krasznai Péter dr.:** Császármetszés lumbalis-periduralis anaesthesiában.

5. **Gaál József dr.:** Tapasztalataink a periduralis érzéstelenítéssel.

6. **Kuhl Antal dr.:** A gátmetszés és gátvarrás anaesthesiája.

7. **Deményi Marianne dr., Zilahi Gábor dr.:** Interruptiók, anaesthesiája.

8. **Jakab Tivadar dr.:** Összefoglalás.

A Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság Pécsi Regionális Központ és a Pécsi Akadémiai Bizottság 1979. október 10-én Pécsen, az Orvostudományi Egyetem Elméleti Tömb III. sz. tantermében **tudományos szimpoziumot** rendez.

Téma: **Serdülőkor.**

9.00 óra

1. **Csaba Imre dr.:** Megnyitó, köszöntés.

2. **Báder Edit:** Psychosomatikus fejlődés a serdülőkorban.

3. **Komlós Sándor:** Serdülőkorú gyermek és család.

4. **Székesi Margit dr.:** Serdülő az iskolában.

5. **Szilágyi Jánosné:** A serdülő és a felnőtt társadalom.

6. **Székelly József dr.:** Serdülőkor és terhesség.

Vita — Szünet

13.30 óra

7. **Gyenge Eszter dr.:** Psychés problémák és magatartászavarok a serdülőkorban.

8. **Zilahy Erzsébet** Psychosexuális és szexuális problémák.

9. **Csűrös Ilona dr.:** Serdülőkorú veszélyeztetettek helyzete és a megelőző tevékenység.

10. **Hegedűs Sándor dr.:** Gyermekek és fiatalok bűnözés helyzete Baranyában.

Vita

Elnöki zárszó.

Résztétel díjtalan.

Információ: **Csaba Imre dr.** egyetemi tanár, Pécs, Edesanyák u. 17. 7624, Nőgyógyászati Klinika, telefon: 10-511.

A Magyar Kardiologusok Társasága, a Balatonfüredi Állami Kórház, a Magyar Gerontológiai Társaság, a Korányi Frigyes Tbc és Pulmonológiai Társaság, a Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesülete 1979. október 13-14-15-én (szombat, vasárnap, hétfő) Balatonfüreden, a SZOT Szanatórium dísztermében rendezi az **Őszi Füredi Orvosnapokat**.

1979. október 13., szombat, 11.00 óra

Ünnepélyes megnyitó

11.30 óra

Főtéma: **Aktuális gerontológiai kérdések.**

Üléselnökök: **Kerkovits Gyula, Keller László.**

Hun Nándor: Az idősek korszerű egészségügyi és szociális megítélése.

Kerkovits Gyula: A szívelégtelenség kezelésének aktuális kérdései.

Keller László: A vérlipid csökkentő kezelés néhány elvi és gyakorlati kérdése.

Mesko Éva: Időskori cerebrovasculáris kórképek aktuális belgyógyászati szempontjai.

Forgács Lilla: Cavinton alkalmazása idős betegeken.

Szünet

15.00 óra

Üléselnökök: **prof. Jakab Tivadar, Vértes László.**

Prof. Jakab Tivadar: Az idősek anaesthesiája.

Mándi András, Lengyel Éva: Idősek légzésfunkciós vizsgálata.

Vértes László: Az időskori cukorbetegség.

Hevér Ödön: Néhány laboratóriumi paraméter időskorban.

Szabó Ildikó, Gachályi Béla: Az idősek antihypertenzív kezelése.

Balogh István, Vértes László: Néhány gyakoribb időskori gastroenterológiai kórképről, különös tekintettel a röntgen diagnosztikára.

Szünet

Üléselnökök: **Lengyel Éva, Villányi Piroska.**

Lengyel Éva: Longitudinális klinikai-gerontológiai vizsgálataink tapasztalatai.

Kálnai Etelka: Az idősek kórházi kezelése.

Villányi Piroska: Az idősek gondozásának aktuális kérdései.

Prof. Horváth Ferenc, Lengyel Éva, Kéri Lajos, Sillár Pál: Könyöküzleti elváltozás idős korban.
Gachányi Béla, Szabó Ildikó: Mikroszomális enzimek szerepe a gyógszermetabolizmusban.

17.40 óra

Általános vita

Vitavezetők: Hun Nándor, Kerkovits Gyula.

1979. október 14. (vasárnap)
9.00 óra

Fő téma: Kardiopulmonális betegségek.

Üléselnök: prof. Hutás Imre.

Naszlady Attila: A keringés és légzés funkcionális vizsgálata.

Prof. Mihóczy László: Non invasív vizsgáló eljárások a kardiopulmonális diagnosztikában.

Prof. Schweiger Ottó: Tüdőembolia.

Szám István: Pulmonális hypertonia — jobb kamra hypertrophia — cor pulmonale.

Németh József: Pulmo cardiale: szívbetegségek légzési következményei.

Mészáros Lajos: Kisvérkőri keringés farmakológiai vizsgálatok.

Szünet

15.00 óra

Kerekasztal-konferencia

A kardiopulmonális betegségek pathopszichológiájának és terápiájának néhány időszerű kérdése

Moderátor: prof. Hutás Imre.

Résztvevők: Arnold Csaba, Csákány György, Endersz Frigyes, Kovács Gábor, Mészáros József, prof. Mihóczy László, Naszlady Attila, Romoda Tibor, prof. Schweiger Ottó, Szám István, Várady Tamás.

1979. október 15. (hétfő)
9.00 óra

Kerekasztal-konferencia

Thrombosis és embolia propylaxis

Moderátor: prof. Soltész Lajos.

Résztvevők: Alánt Oszkár, Boros Mihály, Csengődy József, Dubecz Sándor, Dzsínich Csaba, Erdi Antal, Krasznai Attila, Pályi Anna, Salfay Gábor, Széchy Miklós, Szláv László, Vimpláti László.

Szünet

Csatlakozó előadások

Üléselnök: prof. Böszörményi Ernő, Szám István.

Prof. Böszörményi Ernő: A szívinfarktus anticoagulans kezelésének mai szemlélete.

Szigeti Gyula: A thrombocytá aggregatio gátlása ischaemiás szívbetegségben.

Vita — Zárzó

Résztvételi díj: 950 Ft.

Jelentkezés: Megyei Idegenforgalmi Hivatal Kirendeltsége Bala-

tonfüred, Blaha Lujza u. 5. Telefon: 40-281 (Németh Mária).

Felvilágosítás és meghívóigénylés: Kerkovits Gyula, 1475 Budapest, Pf. 71., Schweiger Ottó, 1529 Budapest, Pihenő út 1., Vértés László, 1054 Budapest, Kálmán Imre u. 13.

A Magyar Ideg- és Elmeorvosok Társasága, a Magyar Gyermekorvosok Társasága, a Magyar Idegsebész Társaság Gyermekneurológiai, Pszichiátriai és Idegsebészeti Sectiója, a Szocialista országok Gyermekneurológiai és Pszichiátriai Sectióival együttműködve 1979. október 3—6-ig Budapesten, a BM Klubban (V., Zrínyi u. 5.) gyermekneurológiai és pszichiátriai symposiumot rendez.

Fő témák:

Neurológia:

Az új neuro-fiziológiai vizsgálómódszerek a csecsemő- és gyermekneurológiában.

Az idegrendszer metabolikus betegségei gyermekkorban.

Pszichiátria:

A gyermekkor affektív zavarok diagnózisa és differenciáldiagnózisa.

A nosologia szerepe a gyermekpszichiátriában.

A gyermekkor dementiák.

1979. okt. 3. 9 óra

Máttyus A., Vargha M.: A résztvevők üdvözlése.

Hutás Imre egészségügyi miniszterhelyettes, D. N. Isaev, a WHO képviselője: Megnyitó.

1979. október 3. 9.45 óra
„A”-terem

Üléselnökök: L. O. Badaljan, Paraicz E.

Titkár: Pásztor A.

A. JU. Ratner (Szovjetunió): A modern elektrofiziológiai vizsgálómódszerek jelentősége az agy és gerincvelő szülési károsodásainak differenciáldiagnózisában.

H. Lechner, G. Ladurner, G. Fritsch, W. D. Sager, H. Haidvogel (Ausztria): Epilepsziás gyermekek CT és EEG vizsgálata.

T. Valkeakari (Finnország): Az echoencephalographia jelentősége gyermekekben.

György Ilona, Bánhegyi Judit (Magyarország): Polygraphiás vizsgálatok újszülöttkorban.

Götze A., Dobi I., Kemény Péterné, Katona F., Berényi Marianne (Magyarország): A gyengült hallásfunkció korai diagnózisa és a halláskárosodás kezelése.

Katona F., Balázs Mária (Magyarország): Az agyfejlődési zavar kórképeinek kialakulása és klasszifikációja.

Berényi Marianne, Szabados P. (Magyarország): Supranuclearis palatopharyngealis funkciózavarok differenciáldiagnosztikája és kezelési lehetőségei csecsemőben.

Vita — Szünet

Üléselnökök: A. Ju. Ratner, H. Lechner.

Titkár: György Ilona

Paraicz E., Pásztor A. (Magyarország): Az intracranialis hypertensio elektrofiziológiai jelei csecsemőkor hydrocephalusban.

D. Bilz, Pásztor A., Paraicz E. (NDK—Magyarország): A regionális intracranialis térfogat és az intracranialis nyomás folyamatos, szimultán regisztrálása csecsemőkben.

R. Camman (NDK): Gyermekkor organikus agyi psycho-syndroma objektíválása optikai úton kiváltott potenciállal.

Kohlheb O., Szegő Livia, Horváth I. (Magyarország): „A cerebrális elektromos érés” vizsgálata ANIEC 8 ANALYSER INTEGRATOR segítségével.

Vita — Szünet

15.00 óra

„A”-terem

Üléselnökök: B. V. Lebedev, M. Mumenthaler.

Titkár: Dobronyi Ilona.

K. A. Semenova (Szovjetunió): A gyermekkor cerebrális paresis aetiopathogenesisének néhány kérdése.

I. Lesny, Miluse Proskova, Anna Snoblova (Csehszlovákia): A hypertoniás cerebrális paresis változásának vizsgálatával nyert további tapasztalatok.

J. Nowotny, M. Krauze, Helena Moskala, Ewa Adowska (Lengyelország): A mozgásterápia hatásosságának lemerése cerebrális bénultak spasticitására a „néma periódus” figyelembevételével.

B. Meyer-Probst, Gudrum Camman (NDK): A somaticus agykárosodás kritériumainak gyakorisága és jelentősége súlyosan veszélyeztetett gyermekekben.

Vita — Szünet

Üléselnökök: I. Lesny, K. A. Semenova.

Titkár: Kohlheb O.

Livia N. Rossi, M. Mumenthaler, F. Vassella (Olaszország, Svájc): Szövődményes migraine gyermekkorban.

M. Krauze, E. Bielinska-Bujniwicz, J. Zebala, E. Jamroz, J. Marek (Lengyelország): A serum és a liquor IgA, IgG, IgD és IgM koncentrációja agyi atrophias gyermekeknél.

Veres Éva, Kerényi L. (Magyarország): A liquor immunológiai változásai gyulladásoos idegrendszeri betegségekben.

R. Ignatovicz (Lengyelország): Egyes fermentek aktivitásának változása cerebropareticus gyermekek liquorában.

Jerney Judit, Békés M., Istvánffy Mária, Matos L. (Magyarország): A vér-liquor gát vizsgálata digitális-szal.

Vita

1979. október 3. 9.45 óra
„B”-terem

Üléselnökök: *Sofia Majewska, Juhász P.*
Titkár: *Kiss Mária.*

G. G. Shanko, Z. A. Csujko, E. A. Karol (Szovjetunió): Csecsemőkori lázas göresök.

S. S. Samanszurov (Szovjetunió): A tic-szerű epilepszia tünetei és aetiologiája gyermekkorban.

L. Walter (NDK): A gyógyszeres alvás értéke mint EEG-provokációs módszer gyermek- és ifjúkorban.

Veronika Ispanovic, V. Vucenovic, B. Radojicic (Jugoszlávia): Alvás-megvonás utáni alvásban késztült EEG epilepsziás betegekben.

J. Vesper, P. Wiechert (NDK): Éjszakai psychomotoros epilepsziás gyermekek alvás- és aminosav ritmusának összehasonlító vizsgálata.

Vita — Szünet

Üléselnökök: *H. Gebelt, Kiszely Katalin.*

Titkár: *Svėkus András.*

Slobodanka Todorovic, Veronika Ispanovic (Jugoszlávia): Motoros vezetési sebesség vizsgálata anti-convulsiv gyógyszerrel kezelt gyermekekben.

M. Kriz, Ela Paucic-Kirincic (Jugoszlávia): Metabolikus csontosodási zavarok phenobarbitallal kezelt gyermekekben.

Gergely Anna, Morava E., Mátytyus A. (Magyarország): Epilepsziás gyermekek vér mangán szintje.

Szappanos Mária, Farkas G. (Magyarország): Magas morbilli haemagglutinációs titer immunoglobulin anomáliával progressív myoclonus epilepsziás betegben.

Ács Katalin (Magyarország): Epilepsziás EEG gyermekkorban klinikai epilepsziás megnyilvánulás nélkül.

Vita — Szünet

15.00 óra

Üléselnökök: *M. Kriz, G. G. Shanko.*

Titkár: *Rajk A.*

H. Gebelt (NDK): Convulsiv betegségben szenvedő gyermekek és serdülők dementiaja és pseudodementiaja.

Gizella Vucicevic, N. Bozic (Jugoszlávia): Dementia kimutatása gyermekekben Benton-technikával.

Kiszely Katalin, Baráth Gabriella, Barlay Ágnes, Lenkeiné Simon Márta (Magyarország): Thériapia-rezisztens epilepsziás gyermekek psychés fejlődése.

Bogyay Mária, Kiszely Katalin (Magyarország): Epilepsziás gyermekek psychomotoros fejlődésének deviációiról.

H. Todt (NDK): A gyermekkori epilepsziák késői prognóza. Egy prospektív követéses vizsgálat eredményei.

F. Bogdan, Farkas Csilla (Románia): A petit mal epilepszia psychés és szociális prognóza.

M. Mazurova (Lengyelország): Posttraumás epilepsziás gyermekek psychológiai értékelése katamnesztikus vizsgálattal.

Vita

1979. október 4. 9.00 óra
„A”-terem

Üléselnökök: *F. Hanefeld, Mátytyus A.*

Titkár: *Veres Éva.*

E. V. Gusev (Szovjetunió): Az emberi betegségek kialakulásának kérdéséhez.

Vass M. (Magyarország): Az anyagcsere-betegségek problematikája értelmi fogyatékosokban.

Marilena Alexeanu, St. Milea, Sanda Magureanu, C. Oancea (Románia): Biopsziás vizsgálatok a gyermekkori dementiai elkülönítő kórisméjében.

M. Lehovskiy, J. Vajsar, J. Kraus (Csehszlovákia): EEG néhány veleszületett gyermekkori anyagcserebetegségben.

B. V. Lebedev (Szovjetunió): Későn felismert phenylketonuriás gyermekek pneumoencephalographiás elváltozásai.

St. Wässer, H. Theile (NDK): Phenylketonuriás gyermekek bioelektromos funkciója.

Neuwirth Magdolna (Magyarország): A liquor-galactose meghatározása galactose anyagcserezavarokban.

Halász Adrienne (Magyarország): Galactose anyagcserezavarban szenvedő gyermekek EEG vizsgálata.

Ela Paucic-Kirincic, M. Kriz, Mirna Subat-Dezulovic (Jugoszlávia): Ketoticus hypoglycaemia és görcsök a korai gyermekkorban.

Vita — Szünet

Üléselnökök: *Csanda E., M. Krauze.*

Titkár: *Papp V.*

F. Hanefeld, D. Rating, H. Schneider (Nyugat-Berlin), *E. Svennerholm* (Svédország): Többszörösen telítetlen zsírsavak rak-tározásával járó encephalopathia.

K. Toifl, F. Waldhauser (Ausztria): Paralysis spinalis spastica együttes előfordulása mellékvese elégtelenséggel — az adrenomyeloneuropathia infantilis formája?

F. Hanefeld, M. Gehlhoof, H. J. Von Lengerke (Nyugat-Berlin): Két fiútestvér fucosidosisa.

K. H. Daute, Almute Hassler, E. Petrich (NDK): A Charcot-Marie-Tooth-syndroma differenciál-diagnóza és biokémiai vetülete.

Slobodanka Todorovic, D. Vranjesevic, B. Radojicic (Jugoszlávia): Morbus Charcot-Marie-Tooth gyermekkorban.

Sylvia Wimmer, K. Toifl, H. Frisch, U. Latzka (Ausztria): Neurofibromatosis Recklinghausen gyermekkorban. Klinikai tünetek; a

diagnóza és a kezelés szempontjai.

Sona Nevsimalova, Miluse Havlova, Z. Marecek (Csehszlovákia): Wilson-kórban szenvedő betegek gyermekei. Klinikai, biokémiai és genetikai vizsgálatok.

Annemarie Grauel (NDK): Gyermekek extrapyramidalis típusú cerebrális paresisének kezelése L-Dopával.

U. Grimm (NDK): Oligophren gyermekek tryptophan leletei.

Vita — Szünet

15.00 óra

Üléselnökök: *Slobodanka Todorovic, Katona F.*

Titkár: *Kigyóssy A.*

Irene Göhler, J. Lössner (NDK): Neuromuscularis betegségek szűrése Lipcse körzetében.

Mátytyus A., Gallai Margit, Balogh Erzsébet (Magyarország): Neuromuscularis betegségben szenvedő gyermekek követéses vizsgálatának eredményei.

G. Sitzer (NSZK): Myotoniás kislülések hereditaer neuralis izom-atrophiában.

D. Vranjesevic, Slobodanka Todorovic, M. Vlajin (Jugoszlávia): Dystrophia myotonica gyermekkorban.

Vita — Szünet

Üléselnökök: *I. K. Georgiev, Hári Mária.*

Titkár: *Balogh Erzsébet.*

W. Hoffmann, A. Schenke (NDK): Elektromyográfia használata a plexus brachialis bénulás prognózisának megállapítására.

Horváth Sz., Balogh Erzsébet, Tasnádi G. (Magyarország): Motoros idegvezetési sebesség összehasonlító vizsgálata hemihypertrophiában.

G. Sitzer, G. G. Brune, J. Prössnecker (NSZK): Elektromyográfia, elektroneurographiás és elektronmikroszkopos keresztmetszeti vizsgálatok gyermekkori collagenosisban.

Karnis Zsuzsa, Czopf J. (Magyarország): Az EMG szerepe a gyermekkori hypotoniás syndroma elkülönítő kórisméjében.

E. Berger, B. Schuch (Ausztria): A psychogalván reakció (PGR) habituációja minimalis cerebrális károsodott gyermekekben.

K. Soua, M. Krauze, J. Labus (Lengyelország): Gyermekek szívritmusának számítógépes analízise neuroradiológiai vizsgálatok előtt és után.

Vita

1979. október 4., 9.00 óra

Üléselnökök: *M. Lehovskiy, D. Müller.*

Titkár: *Balázs Mária.*

Lakatos Erzsébet, Kiss Szabó A. (Magyarország): Csecsemők követéses vizsgálatának jelentősége az agykárosodások korai felismerésében.

Helene Klepel, R.-D. Koch (NDK): Súlyosan károsodott gyermekek klinikai, röntgen- és EEG-vizsgálatainak eredményei.

Z. Losiowski, T. Zardecka-Krzeczynska, J. Baran (Lengyelország): Sok perinatalis rizikófaktorral terhelt csecsemők psychomotoros fejlődésének megítélése.

Hári Mária (Magyarország): Con-
ductiv nevelés.

Krystyna Tor-Pieklowa (Lengyelország): A cerebralis paresis klinikai vizsgálata és a korai diagnózis lehetősége André-Thomas módszerrel.

Vita — Szünet

Üléselelők: Sona Nevsimalova, Szénágy J.

Titkár: Gyenge Eszter.

Hannelore Schernikau (NDK): Neurologiai betegségek intrathecalis kezelése csecsemőkben.

G. Müller (NDK): Craniosynostosis műtét utáni vizsgálatok gyermekekben.

Zofia Seweryn, Halina Traczynska-Kubin, Anna Wilmonska-Pietruszinska, M. Eibl (Lengyelország): Az agydagatanatok diagnosztikai és klinikai problémái kisgyermekekben.

Ingrid Weinke (NDK): Rizikófaktorral terhelt csecsemők és kisdedek neurológiai vizsgálata, valamint motoros és mentális fejlődésének értékelése.

D. Muschevici, O. Pavel, V. Chirana, Ileana Banga, Kostyan Ildikó (Románia): Epidemiológiai adatok a „panencephalitis scleroticans subacuta” kérdéséhez.

Vita

1979. október 5., 9.00 óra
„A”-terem

Üléselelők: G. Göllnitz, Tariska I.

Titkár: Faragó S.

Vargha M., Szilárd J. (Magyarország): A gyermekkori aggressio exogen tényezői.

G. Göllnitz, Gudrun Gamman, B. Meyer-Probst, H. Teichmann I. II. (NDK): Affectiv és szocialis viselkedés kompenzációs és decompensációs jelenségei (longitudinális tanulmány rizikó-gyermekekben 2 és 6 év után).

V. V. Kovalev (Szovjetunió): Psychogen (neurotikus) depressio és annak szerepe a gyermekkori neurosisban.

Brunecker Györgyi, Csirszka J. (Magyarország): Affectiv zavarok szerepe a serdülőkorú krízis-állapotokban.

G. Nissen (NSZK): Pathológiás szorongás gyermekkorban és kezelése.

Farkas G., Faragó S. (Magyarország): Gyermekkori organikus psyches syndromák hyperthymiaival és manifom psychotikus epizódokkal.

Vita — Szünet

Üléselelők: Böszörményi Z., V. V. Kovalev.

Titkár: Sipos K.

Szilárd J., Vargha M. (Magyarország): Az affectivitás zavarainak megnyilvánulásai és gyakorisága a gyermekkorban.

H. Harbauer (NSZK): Az aggressivitás szerepe gyermekkorban.

Ch. Christozov, M. Atchkova, N. Dachinova (Bulgária): Depressiv psychosis pubertáskorban.

J. Cepicka (Csehszlovákia): A dührohamok affectiv vonatkozásai gyermekekben.

H. Hennig (NDK): Szorongás syndroma pubertáskorban és kezelése.

Farkasinszky Teréz, Pálmai-Pallag L., Szilárd J. (Magyarország): Fiatalokorúak öngyilkossági kísérletei.

T. Vehresschild (NDK): Cerebralis károsodott affectiv és viselkedési zavarokban szenvedő gyermekekben szerzett tapasztalatok concentrációs traininggel.

Vita

Üléselelők: R. R. Lempp, J. Mecir, Vargha M.

Titkár: Vetró Ágnes.

Susanne Köhler (NDK): Nosológiai problémák cerebralis károsodott gyermekekben.

H. Gebelt (NDK): Nosológiai problémák multiaxiális klasszifikációs séma szerinti kórisme dokumentációnál.

F. Bogdan (Románia): A Karl Jaspersi psychopathológiai szemlélet és a nosológia fogalma a gyermekpsychiátriában.

G. Nissen (NSZK): A nosológia, mint fogalom a gyermekpsychiátriában.

Vita

1979. október 5., 9.00 óra
„B”-terem

Üléselelők: M. S. Vrono, O. Szoszjukalo, Hódosi R.

Titkár: Pallag L.

K. J. Neumärker (NDK): Cerebralis károsodott gyermekek affectiv zavarainak pathogenézise.

Pallag L., Vetró Ágnes, Avramov Katalin, Sági L. (Magyarország): Magatartás típusok összehasonlító vizsgálata gyermekkorú frusztrációban.

Vetró Ágnes, Pallag L., Avramov Katalin, Sági L. (Magyarország): Depressio és aggressio összehasonlító vizsgálata gyermekkorban.

Ch. Gold (NDK): A gyermekkori „antrieb” és affectiv zavarok pathológiás integrációjáról.

M. Fuchs-Kittowski (NDK): Psyches deprivatív gyermekkorban különböző élethelyzetekben.

Susanne Köhler (NDK): Az erotikus gyermekek affectiv zavarai.

H. H. Knaape (NDK): Az affectiv regulatív gyengeségének kezelése iskoláskor előtt.

Vita — Szünet

Üléselelők: J. Bomba, K. J. Neumärker, Farkas G.

Titkár: Papp I.

E. V. Guszev (Szovjetunió): A humán pathológiás evolutio kérdései.

G. Grossmann (NDK): A viselkedési zavarok okai gyermekkorban.

Helen M. Herzan (USA): Az anya psychosisának rizikói és befolyása a gyermek fejlődésére.

M. H. Friedrich, E. Berger (Ausztria): A gyermekpsychiatriai dokumentáció problémáiról.

Geréb Gy., Benkő Katalin, Petróczy Erzsébet (Magyarország): A gyermekkori figyelemzavar neuropsychiatriai és psychológiai vizsgálatának néhány kérdéséről.

L. Borbil, R. Schertner, Oprica Cravsevschi, Flórica Cataniciu, R. Pirvulescu, C. Tocaciu, H. Zahres (Románia): A neuropsychiatriai betegségben szenvedő gyermekek összehasonlító vizsgálata functionális és klinikai szempontok szerint.

Gertrude Bogyi, G. Spiel (Ausztria): Az agyi funkciók laesiójának diagnosztikája gyermekkorban.

Vita — Szünet

Üléselelők: Brunecker Györgyi, M. H. Friedrich.

Titkár: Buczkó I.

B. Dober, H. Hennig (NDK): Affectiv zavarokban szenvedő gyermekek és ifjak családi konstellációi.

M. S. Vrono, V. M. Bashina (Szovjetunió): Affectiv zavarok gyermekkorú schizophreniákban.

Kiss Mária, Sebestyén Szilvia, Bánlaky Éva (Magyarország): Larvált depressiók egyes tüneti jellemzői gyermekkorban.

Renate Bunge (NDK): Enuresis-sel társult affectiv zavarok intézeti gyermekekben.

J. Bomba, Ewa Mamrot (Lengyelország): Depressiv syndroma serdülőkorban.

O. D. Szoszjukalo, A. A. Kasnyikova (Szovjetunió): Az emotionális zavarok pathomorphosisa gyermek és ifjúkori schizophreniáknál.

Ch. Christozov (Bulgária): A gyermek- és ifjúkori affectiv psychosisok profilaxisa Lithiummal.

J. Paál (NDK): A gyermekkori affectiv zavarok család-therápiája.

Vita

Üléselelők: J. Cepicka, Hirsch Margit, Popper P.

Titkár: Szappanos Mária.

E. Schier (NDK): A gyermekpsychiater együttműködési lehetőségei a közösséget terhelő és a kriminális magatartás megelőzésében és leküzdésében.

Ewa Mamrot, J. Bomba, Wanda Badura, Maria Orwid (Lengyelország): Nem psychotikus serdülő psychés zavarainak tanulmányozása: a psychopathologia kép tanulmányozása és emotionális érettség.

V. Nikolic, M. Krkljes, G. Zali-sevskij (Jugoszlávia): Hyperactivitás és psychomotoros educatio.

N. Volf (Jugoszlávia): Szellemi-leg retardált gyermekek aggressiv epizódjainak kezelése Lithiummal.

J. Jablonska, Hanna Kochanska (Lengyelország): Minimális cerebrális károsodásban szenvedők gyermekek Piracetam kezelésének hatása.

Baumann Piroška, Gáti I. (Magyarország): Tapasztalataink Sydnocarbal enuresis nocturna kezelésében.

Malgorzata Zukrowska, M. Krauze, Helena Moskala, J. Nowotny, Malgorzata Matyja (Lengyelország): Cerebrális károsodott gyermekek rehabilitációs problémái az anyai attitűd szempontjából.

Krystyna Rzepa-Grebrowicz (Lengyelország): A mentális és személyiségfejlődés, valamint a szociális adaptáció zavara congenitális szívdefectusban szenvedő gyermekeknél.

Vita — Szünet

Üléselnökök: G. Nissen, Battai L. Titkár: Berényi Ü. Ildikó.

K. Toifl, T. Reinelt, J. Spona, F. Waldhauser (Ausztria): A psychés, somatikus és endokrin tünetek correlációja anorexia nervosában.

Krystyna Borysewicz-Charzynska (Lengyelország): A gyermekkori pavor nocturnus psychotikus és neurotikus typusa.

I. Popov, I. Nikolic (Jugoszlávia): Enuresis, mint gyermekpsychiátriai probléma.

Weiss Mária, Buczkó I. (Magyarország): Schizophren kórképek előfordulása az Országos Ideg- és Elmegyógyászati Intézet gyermekpsychiátriai osztályának beteganyagában.

Székely Margit (Magyarország): Beszélhetünk-e a gyermekpsychiátriában schizophorm oligophreniáról?

Weiss Mária, Székely Margit (Magyarország): Adatok a kisgyermekkori autistikus kórképek differentialediagnosztikájához.

Ungvári G., Homoki Zsuzsa, Irházi Erzsébet (Magyarország): A gyermekkori autismus néhány differentialediagnosztikai problémája.

Szirmay S., Huber B. (Magyarország): Gyermekek és ifjúkori psychopathiák egyes vonatkozásai.

Vita — Szünet

15.00 óra

Üléselnökök: Séra Ibolya, Ch. Wieck.

Titkár: Benkő Katalin.

Farkasinszky Teréz (Magyarország): A gyermekléthatással kapcsolatos szakértői vizsgálatok néhány szociológiai vonatkozása.

Mészáros Mária (Magyarország): A multidimenzionális statisztikai módszerek a gyermekpsychiátriai differentialediagnosztikában.

V. Predescu, St. Milea, Eleonora Cosma (Románia): Az enuresis —

egy epidemiológiai és klinikai analysis tükrében.

Helene Klepel, R.-D. Koch (NDK): Rizikó és normál szülésből származó gyermekek összehasonlító, eszközös vizsgálatainak eredményei.

E. Müller, K. Schneemann (NDK): A psychosocialisan veszélyeztetett serdülők csoportpsychotherápiája.

Orica Cravcevshi, Rodica, Frangulea, Elena P. Cheorgiu, Elena Hincescu (Románia): A gyermekkori neuropsychiátriai betegek rehabilitációja.

Vita

1979. október 6., 9.00 óra

„A”-terem

Üléselnökök: Weiss Mária, H. Harbauer, J. Szilárd.

Titkár: Erdélyi P.

M. S. Vrono, I. A. Kozlova (Szovjetunió): Dementia infantilis és kora gyermekkori schizophrénia.

Ch. Wieck (NDK): Dementia schizophreniában és differentialediagnózisuk.

J. Mecir (Csehszlovákia): A Weygandt-Heller-szindróma története.

Sylvia Wimmer (Ausztria): Himlőoltás utáni személyiségfejlődési retrogressio (egy eset közlése).

Jagna Czochanska-Kruk, H. Wilmonska-Pietruszynska, K. Zorska, B. Cabalska (Lengyelország): Korán kezelt PKU-s gyermekek utánvizsgálata neurológiai és psychés szempontok szerint.

H.-H. Knaape (NDK): Mentálisan retardált gyermekeknek és ifjaknak észlelt dementia.

St. Milea, Sanda Magureanu, Gezarina Negulescu (Románia): A gyermekkori dementia néhány szempontja.

F. Reimer (NSZK): Egy Heller-szindrómás eset tanulmányozása: somatikus és psychopathológiai tünetek, terápiás próbálkozások, eredmények.

Z. Rydzynski, W. Nizel-Siminska (Lengyelország): Toxoplasmosis irányában ismételt pozitív immunológiai reakciót mutató gyermekek psychés statusának tanulmányozása.

Vita

Záróünnepség

1979. október 6., 9.00 óra

„B”-terem

Üléselnökök: Rege Magdolna, E. V. Guszev.

Titkár: Kovács F.

Szondy Mária (Magyarország): Kóroktani kategóriák súlyosan értelmi fogyatékos populációban.

Szondy Mária, Popper P. (Magyarország): Magyar szűrővizsgálati módszer tapasztalatai az értelmi fogyatékosok korai felismerésében.

Hegedűs A. (Magyarország): Psychodiagnosztikai támpontok a súlyosabb értelmi fogyatékosok fejlesztéséhez.

Erika Lischka (Lengyelország): Down-szindróma diagnózis, prognózis, kórlefolyása.

Ewa Dilling-Ostrowska, Hanna Jaklewicz (Lengyelország): Az agytumorban szenvedő gyermekek psychés zavarainak tünetei.

Papp I., Radnai T., Faragó I., Tóth Z., Pataki M. (Magyarország): Elmaradt beszédfejlődésű és hibás beszédű gyermekek utánvizsgálatainak eredményei.

Florica Cataniciu, Annamaria Beniczky, Vasilica Ion, J. Dan, V. Hincescu, Dorina Tenu (Románia): A 3–9 éves neuropsychiátriai osztályra beutalt psychés és beszédretardációs gyermekeknek alkalmazott rehabilitációs módszerek.

J. Micheloyannakis, G. Makaronis, K. Badha, R. Papatheophilou, S. Pantelakis (Görögország): Az iskolai teljesítménnyel kapcsolatos neurológiai jellemzők psychetriás értékelése.

Vita — Szünet

Üléselnökök: Szondy Mária, V. Nicolic.

Titkár: Szirmay S.

Hódosi R. (Magyarország): A család-therápia szerepe a gyermekneurosis osztályon alkalmazott komplex ellátási módszerek között.

Karin Schneemann, E. Müller (NDK): A psychosocialisan veszélyeztetett serdülők csoport-therápiája.

M. Scholz (NDK): A psychés zavarokban szenvedő gyermekek és ifjak csoport-psychotherápiájában szerzett tapasztalatok a szülők bevonásával együttesen.

Vikár Gy. (Magyarország): Elszakadási trauma és gyászreactio gyermekkorban.

M. Mazurova, M. Taraszewska, M. Mrowczynska, W. Maslankiewicz (Lengyelország): Gastrointestinalis panaszok psychotherápiás kezelése.

Major Zsuzsa, Honti Kinga, Kovács F. (Magyarország): Non-verbális elemek felhasználása verbális psychotherápiában.

Honti Kinga (Magyarország): Az Orff-féle zenetherápiás módszer az anorexia nervosa kezelésében.

Vita

1979. október 6., 9.00 óra

„C”-terem

Üléselnökök: Ch. Christozov, Vikár Gy.

Titkár: Ács Katalin.

Ruth Becker, Rosemarie Dietze (NDK): Affectív zavarok és iskolai kudarcok.

Honti Margit (Magyarország): Adoleszens schizophrén affect változásainak nyomkövetése rajzokban.

Kardos Mária (Magyarország): Kisgyermekkori reactiv neurotikus depressio egy eset tükrében.

Buczkó I., Kardos Mária (Magyarország): Felnőtt típusú depressio syndroma 6 éves leánynál.

Séra Ibolya, Kiss Z. (Magyarország): Serdülőkori suicid kísérletek utánvizsgálata.

Gusztos Erzsébet (Magyarország): A kisgyermekkor hypermotilitás és affectzavar néhány összefüggése.

Sipos M., Sipos K., Buda B., Kara Márta (Magyarország): A STATIC pontszámok és a magatartásban megnyilvánuló szorongás mértékének korreláció vizsgálata.

Sipos K., Sipos M. (Magyarország): A Spielberger-féle gyermek-szorongásos teszt (STATIC) magyar változatának standardizálása és validitása.

Vita — Szünet

Üléselnökök: Farkasinszky Teréz, Geréb Gy., N. Volf.

Titkár: Miskolczy Orsolya.

Renate Bunge (NDK): Lehetőségek és határok az intézeti enuretikus gyermekek gyógykezelésében.

Lucia Ignatowicz (Lengyelország): A psychopharmacoterapia és rehabilitatio néhány problémája enuretikus gyermekeknél.

R. Ignatowicz (Lengyelország): A Grendaxin alkalmazásának értékelése a gyermek neuropsychiátriában.

E. Kwiatkowska (Lengyelország): Anhedonia gyermekkor psychosokban.

Magdalena Tyszkiewicz (Lengyelország): Nonverbális expressio alkalmazása ambuláns, fiatal betegeknek.

Kigyós Sz. Éva (Magyarország): Phobias kényszerneurosis támogató, racionális, egyéni psychotherapiája.

Kovács Éva, Degrel I. (Magyarország): Szerves oldószerek kiváltotta hallucinációkról.

Vita

Tájékoztató:

Regisztrálás a szimpozion színhelyén: október 2-án 14—18 óráig, a többi napon 8—17.30 óráig.

5×5 cm diapoztív és 8, 16 mm filmek vetítésén van lehetőség.

Az előadások időtartama 10 perc.

A szimpozion hivatalos nyelvei: angol, magyar, német, orosz — szimultán tolmácsolással az „A”-teremben.

A Szolnok megyei Tanács Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet, a Szolnok megyei Tanács V. B. Egészségügyi és Szociálpolitikai Osztálya 1979. október 10—11—12-én Szolnokon, a Megyei Művelődési és Ifjúsági Központban rendezi a XXI. Orvos—Gyógyszer Napokat.

Október 10., 10.30 óra

Hutás Imre dr. egészségügyi miniszterhelyettes: Ünnepeles megnyitó.

Plenáris ülés

Prof. Petri G. (Szeged): A paralyticus ileus kór- és gyógytana.

Prof. Cserháti I. (Szeged): Non-Hodgkin típusú lymphomák kezelése.

Prof. Földes V. (Szeged): Az orvos felelősségének megítélése az új jogszabályok tükrében.

Prof. Zalányi S. (Szeged): A magyar orvosok társadalmi és közéleti feladatai.

Prof. Minker E. (Szeged): A gyógyszerkészítmények biológiai hasznosíthatósága, mint a terápiás hatékonyság meghatározó tényezője.

Szünet

Október 10., 14 óra

A sectio

1. Csépanyi A. (Szolnok): A Sürgősségi Osztály hatékonysági mutatói.

2. Harangozó P. (Szolnok): Új szervezeti megoldások az intézeti központi gyógyszerértékelésben.

3. Lengyel B. (Szolnok): Munkaalkalmasság, keresőképeség, gondozás és rehabilitáció nem foglalkozási eredetű bőrgyógyászati betegségekben.

4. Rózsás F.-né, Katonáné Veres K. (Szolnok): A személyzeti munka néhány kérdése.

5. Szelepcsényi M., Berendine Heller K. (Szolnok, Budapest): Gyógyszermellékhatások bejelentésének szükségessége.

6. Kun A., Rédei L., Furár M., Rábik J.-né (Szolnok, Jászberény): Transzfúziós szolgálat szerológiai háttérrel.

Szünet

7. Szebeni R. (Budapest): Enzaprost-tal elért újabb klinikai eredmények.

8. Karsay K., Varga G., Bene L. (Karcag): Összehasonlító vizsgálatok hüvely mycosisok kezelésében.

9. Mike G., Orosz F., Kovács I., Kabdebó O. (Mezőtúr): Szokatlan nagy petefészektömlő ismertetése.

10. Bene L., Karsay K., Illés Á. (Karcag): Tuba plastica utáni terhesség és szülés.

11. Sebestyén M., Pataki F., Csépanyi A., Körmenyi K. (Szolnok): Extrauterin graviditás és appendicitis együttes előfordulása.

Október 10., 14 óra

B sectio

12. Pintér S., Tóth K. (Szolnok): A gyermekellátás helyzete megyénkben.

13. Márkus E., Szücs S., Pintér S. (Szolnok): A gyermek intenzív osztály bakteriológiai vizsgálatainak eredményei, tanulságai.

14. Molnár S., Vajda I., Borgula I. (Mezőtúr): Obstruktív légúti betegségek csecsemőkorban.

15. Devecseri B. (Karcag): Diabetes mellitus előfordulása csecsemőkorban.

16. Bőjthe L., Szalados K., Kun A., Furár M., Ludmányi É., Pin-

tér S. (Szolnok): Akut disszeminált intravaszkuláris koagulopátia előfordulása gyermekkorban.

Szünet

17. Ábel A. (Szolnok): A tumorkor laboratóriumi diagnosztikai lehetőségei.

18. Horváth F., Fábán L., Nagy I., prof. Kelényi G. (Karcag, Pécs): Intestinalis lymphoid hyperplasia-malignus lymphoma.

19. Dénes L., Büttner K., Somogyi I. (Szolnok): Primer pulmonalis carcinoma radio-morfológiai változása BCG immuntherápia hatására.

20. Szendrei L. (Szolnok): Adatok a malignus emlőtumorkor epidemiológiájához.

21. Büttner K., Dénes L., Borbély E. (Szolnok): Tüdőtumorkor nem specifikus immuntherapiája.

Október 10., 14 óra

C sectio

22. Detky B. (Jászberény): Osztályunk epeköves betegeinek kivizsgálási és gyógyítási módszerei.

23. Pákozdy P., Rácz T. (Szolnok): A stressz ulcusról.

24. Pataky F., Nagy L. (Szolnok): Kő arrosió okozta haemobilia.

25. Fazekas J. (Szolnok): A periduralis érzéstelenítéssel szerzett tapasztalataink.

26. Hir M., Selmeczi Sz., Harmati L., Bogdán Zs. (Szolnok): Osztályunk 5 éves működésének értékelése.

27. Kisgergely Gy., Katona I. (Szolnok): Egyszerre történő kétoldali femorális sérvkizáródás ritka esete.

Szünet

28. Simon E., Mucsi I., Valyon É., Csányi Zs., Zabulik L. (Szolnok): Akut pneumoniák etiológiai diagnózisa.

29. Incze D., Batizi A., Osváth B., Nagy L. (Szolnok, Budapest): Adatok a színes thermographia alkalmazhatóságához a mellkas diagnosztikában.

30. Kardos J. (Szolnok): Bronchialis hyperreactivitást igazoló provokációs vizsgálatok légzésfunkciós paramétereink viselkedése.

31. Galambos G., Dénes L., Büttner K. (Szolnok): BCG-zett tüdő-tumorkor betegek immunológiai változásai.

32. Radeczky G.-né, Radeczky G. (Szolnok): Acidum nicotinicum hatása a tüdőkeringésre.

33. Gohér I., Radeczky G., Nemessányi Z., Szereday I., Dénes L., Helf L. (Szolnok): A chilaiditi syndromáról.

Október 10., 14 óra

D sectio

34. Tarján P.-né (Szolnok): Béta adrenerg-gátlók farmakológiája és alkalmazásuk lehetőségei.

35. Tettey E.-né, Gáli M. (Mezőtúr): Gyógyszer és interakció.

36. *Povársayné Kósa M.* (Szolnok): A mikrokapszulák és előállításuk.

37. *Mester L.-né* (Mezőtúr): Környezeti és civilizációs ártalmak.

38. *Kocsis K.-né, Buzás S.-né* (Szolnok): Új gyógyszerkészítmények forgalmának alakulása Szolnok megyében.

39. *Kovács K.* (Szolnok): A Nagykunság gyógyszerészete.

Szünet

40. *Simon L.* (Jászberény): Spondán pancreatico-digestiv fistulák.

41. *Sulyok L., Szűcs E., Harmati L.* (Szolnok): Felső-gastrointestinalis vérző betegségeink intenzív ellátása.

42. *Salacz A., Simon L.* (Jászberény): Endoscopos retrograd pancreatographia és a lund, valamint a nyáltest összevetése pancreas betegségeken.

43. *Bényei M., Uhrin K., Krasznai G., Besze J.* (Szolnok): Májbiopsiás vizsgálatok értékelése.

44. *Hidas Gy., Kazi Zs., Pataki F., Czákó L.* (Szolnok): Kettős gastrointestinalis carcinoma.

45. *Schváb A., Czákó L.* (Szolnok): Monocomponens inzulinkezeléssel szerzett tapasztalataink.

Október 11., 9 óra

A sectio

46. *Sonkoly L., Rusvai A.* (Szolnok): Krónikus lymphoid leukaemia ritka szövödménye.

47. *Bogdán Zs., Harmati L., Selmeczi Sz., Hir M.* (Szolnok): Nővényvédőszer okozta mérgezéses eseteink.

48. *Bereczki E., Matuz D.* (Szolnok): A Groenblad—Strandberg-syndroma belgyógyászati vonatkozásai.

49. *Szabó A., Bényei M., Besze J.* (Szolnok): Salmonella infectio következtében kialakuló akut tubularis nephropathia.

50. *Nagy L. F.* (Szolnok): Ritka eredetű spondylitis.

51. *Besze J., Bényei M.* (Szolnok): Meningitis eseteink elemzése osztályunk 10 éves beteganyagában.

52. *Czinege M., Rusvai A., Szabó É.* (Szolnok): Coeliakia és terheség.

Szünet

53. *Helf L.* (Szolnok): A tüdőgyógyászat helyzete Szolnok megyében.

54. *Valyon É., Simon E., Mucsi I., Csányi Zs.* (Szolnok): AX genetikai tényezők szerepe tüdőgyógyászati kórképekben.

55. *Kardos J.* (Szolnok): Az áramlásvolumen görbe jelentősége az obstructív tüdőbetegségek kórismézésében.

56. *Csányi Zs., Simon E., Valyon É., Mucsi I.* (Szolnok): Kettős asztmás reakció allergiás foglalkozási betegségeken.

57. *Mucsi I., Simon E., Krasznai G., Ludmány É.* (Szolnok): Tüdőbiopsia vékonytűvel.

Szünet

14 óra

58. *Czákó L., Laczi F., prof. László F.* (Szolnok, Szeged): A Hand—Schüller—Christian-kór kezelésével szerzett tapasztalataink.

59. *Torday Zs., Magyar L., Galai M.* (Szolnok): Erdemes-e fogókúrázni az elhízott cukorbetegeknek?

60. *Vadász J., Czákó L., Halmos T.* (Szolnok, Budapest): Doege—Potter-szindrómáról esetünk kapcsán.

61. *Kazi Zs., Ludmány É., Radeczky G.* (Szolnok): „Choleszterinoma axillare” diabetes?

62. *Farkas A., Zsolyomi M.* (Karcag): Cukorbetegségeken végzett lipoid vizsgálatok eredményeiről.

63. *Ferenczy S., Czákó L.* (Szolnok): A cukorbetegség ritka szövödményeiről.

Szünet

64. *Ócsai A., Izsák T.* (Jászberény): Infarktuszos beteganyagunk utánvizsgálata.

65. *Zsembeli J.* (Karcag): A felnőtt kardiológiai gondozó 5 éves működésének tapasztalatai a Karcag városi Tanács Kórház-Rendelőintézetben.

66. *Schváb A., Czákó L., Gelléri D.* (Szolnok): A WPW és LGL

67. *Rédl J., Gelléri D., Matuz D., Bereczki E., Prágai G.* (Szolnok): Hipertóniás EKG elváltozások elemzése beteganyagunk alapján.

68. *Kazi Zs., Czákó L.* (Szolnok): Cukorbetegség néma infarktuszairól.

69. *Farkas I., Zsembeli J.* (Karcag): 600 dolgozó EKG szűrésének eredménye és tapasztalatai.

Október 11., 9 óra

B sectio

70. *Nemes A., Parádi L., Pintér S.* (Szolnok): A gyermek idegellátás helyzete megyénkben.

71. *Lehotzky H., Németh I., Zelei E., Durst J., Pintér S.* (Szolnok): Körzeti és kórházi betegek staphylococcus fertőzöttsége torokban.

72. *Papp Á., Mihók I.* (Karcag): A rachitis laboratóriumi diagnózisáról 200 vizsgálat alapján.

73. *Hoksári J., Münich B.* (Szolnok): Kisgyermekek sérülései, kérekpáron szállítás közben.

74. *Jancsó E., Devecseri B.* (Karcag): Alcaptonuria.

75. *Besenyi M., Kovács Á.-né, Bőjthe L., Pintér S.* (Szolnok): Parenteralis táplálás szerepe az intenzív gyermekellátásban.

Szünet

76. *Horányi M., Keller E., Nemes A., Fügi S., Karsay K.* (Szolnok): Vírusfertőzések okozta meningitisek, encephalitisek.

77. *Kövesdi Gy., Szűcs S., Bőjthe L., Pintér S.* (Szolnok): A hasúri öblítés — peritoneális dialysis — jelentősége az intenzív gyermekellátásban.

78. *Vállenti B.* (Jászberény): Az asthma bronchiale és a bronchitis asthmatica gyógyítása terén szerzett tapasztalataink a Jászság gyermek-beteganyagában.

79. *Felföldi J., Varga L.-né* (Kisújszállás): Gyermekgyógyászatban alkalmazott cecisal tartalmú folyadékok vizsgálata.

80. *Jaksics I., Pintér S.* (Szolnok): Diabetikus oedema gyermekkorban.

Szünet

14 óra

81. *Vámos J., Papp Á., Pintér S.* (Szolnok): 18-as trisomiás betegünk esetének ismertetése.

82. *Parádi L., Bereczki I.-né* (Szolnok): A gyermekkori szorongás megnyilvánulási formái a gyermekideggondozó beteganyagában.

83. *Szűcs S., Besenyi M., Kövesdi Gy., Nagy M., Pintér S.* (Szolnok): Empyemás betegek kezelésével szerzett tapasztalataink.

84. *Bereczki I.-né, Parádi L.* (Szolnok): Tapasztalataink az enuresis nocturna psychotherapiás kezelésről.

85. *Besenyi M., Hidvégi J., Czeczón Z., Nagy M., Pintér S.* (Szolnok): Tapasztalataink a vesicoureteralis refluxus eseteinkkel.

Szünet

86. *Pintér S., Csépanyi A.* (Szolnok): A konzultációs rendelés helye a progresszív betegellátásban.

87. *Vámos J., Rostás J., Besenyi M.* (Szolnok): Koraszülöttek, pathológiás újszülöttek gondozása.

88. *Hidvégi J., Czeglédi I., Bíró I., Márkus E., Pintér S.* (Szolnok): Nephrológiai konzultációs rendelés.

89. *Nemes A.* (Szolnok): Neurológiai rendelés.

90. *Kövesdi Gy.* (Szolnok): Gyermeksebészeti rendelés.

91. *Jaksics I.* (Szolnok): Allergológiai és pulmonológiai konzultációs rendelés.

92. *Horányi M.* (Szolnok): Hepatitis eseteink utógondozása.

93. *Szűcs S.* (Szolnok): Haematológiai konzultációs rendelés.

94. *Bőjthe L.* (Szolnok): Cukorbeteggondozás.

Október 11., 9 óra

C sectio

95. *Tóth L.-né* (Szolnok): Klion gél technológiája és alkalmazása a szájsebészetben.

96. *Zádeczky S., Réffy M., Pelle P.* (Szombathely): Az analitikai munka racionalizálása a szakfelügyelői laboratóriumokban.

97. *Böhmerné Sebeni M.* (Szolnok): Toxikológiai vizsgálatok biológiai anyagból eseteink kapcsán.

98. *Vágóné Boronkay P.* (Szolnok): Természetes eredetű gyógyszerek aktuális gyógyszerkincsünkben.

99. Pápay J. (Tiszaföldvár): Gyógyszermellékhatások figyelőszolgálat.

Szünet

100. Molnár S.-né (Mezőtúr): Orális contraceptívumok mellékhatásai.

101. Bodorik Gy.-né, Balogh F.-né (Mezőtúr): A pszihofarmakonok forgalmának alakulása gyógyszer-tárunkban 1975-től 1979-ig.

102. Czédlyné Polgár E. (Bessenyszög): Tarkósömör okozta zoonózisok kezelése.

103. Jáky A. (Jászakisér): Néhány gyógyszerkészítmény forgalmának alakulása az új gyógyszerrendelet tükrében a 15/19 sz. gyógyszer-tárban.

104. Kocsis K., Kocsis K.-né (Szolnok): Tapasztalatok az új gyógyszerrendelésről Szolnok megyében.

105. Lugossy Cs.-né (Szolnok): Korszerű antiasztmatikumok.

Szünet

14 óra

106. Radeczky G., Karsay K., Mécs J. (Szolnok): „Thoracic cutlet”-szindrómás eseteink.

107. Csorba L. (Kaposvár): A „thoracic cutlet”-szindróma sebészeti kezelése.

108. Radeczky G., Dénes L., Kardos J., Pásztor J., Mécs J., Udvardy L. (Szolnok, Szentés): A rekeszi elváltozások és műtétek utáni tüdőfunkció változások.

109. Pásztor J., Radeczky G. (Szolnok): Biliaris pleuritis.

110. Szabó P., Szendrei L. (Szolnok): Mellkasi ideggyulladások.

111. Szudi L., Berta M., Kerekes É. (Szolnok): 1970 óta operált phlebológiai eseteink katamnesztikus vizsgálata.

Szünet

112. Czezon Z., Németh J. (Szolnok): A férfi genitáliák sérüléséről két eset kapcsán.

113. Kovács L. M. (Szolnok): A varicocele és oligospermia kombinált kezelése.

114. Késmárky J. (Szolnok): Appendicitis tüneteit utánzó ileocecalis elváltozások.

115. Sebestyén M., Csépanyi A., Benczédi Gy., Pataki F. (Szolnok): Az akut has diagnosztikája és el látásának tapasztalatai a sürgősségi osztály két éves anyagában.

116. Szemerédy I. (Karcag): Krónikus hasi panaszok mögött meghúzódó idült appendicitis.

117. Csontos G., Pákozdy P. (Szolnok): Az appendicitisekről osztályunk 10 éves anyaga alapján.

Október 11., 9 óra

D sectio

118. Csépanyi A., Sebestyén M., Andics L., Benczédi Gy. (Szolnok): Az orvosi „triage” szerepe a kórházi sürgősségi ellátásban.

119. Gróf I., Sebestyén M., Zelei E., Csépanyi A. (Szolnok): A

sürgősségi betegfelvételi osztály higiénés tapasztalatai.

120. Rácz M.-né, Kaposi P., Kovács J. (Szolnok): A sürgősségi betegfelvételi és betegellátó osztályon működő röntgen-laboratórium helye és szerepe.

121. Karácsony J., Matuz D., Czezon Z., Nyerges L., Pomázi É., Bereczki E. (Nagykőrű, Szolnok): Komplex lakossági szűrővizsgálat Nagy körűben.

122. Henkei Gy. (Kecskemét): A nagy körű lakosságszűrés antropológiai eredményei.

123. Kun Á., Szabó Z.-né (Szolnok): A donorszervezés időszervi kérdései.

Szünet

124. Balázs-Piri T. (Újszász): A terápiás milió szervezése új pszichiatriai osztályon.

125. Zakál J. (Újszász): Deszocializáció — rehabilitáció.

126. Fügi S., Balogh X. (Szolnok): Terápiás helyzet megélésének változása tartós zeneterápia során.

127. Koczás Ildikó (Újszász): A pszichiatriai rehabilitáció újabb kísérlete a „munkahelyterápia”.

128. Benedek L., Göncz K. (Újszász): Egy antialkoholista klub szervezésének tapasztalatai Bessenyszögön.

129. Nyisztor M., Süle Zs., Süle F. (Karcag): Tapasztalatok zenés festés kapcsán.

Szünet

14 óra

130. Süle F., Rácz L. (Karcag): Alkoholista csoport latens tartalomelmezése.

131. Süle Zs., Süle F., Nyisztor M. (Karcag): Az interferencia probléma pszichiatriai osztályos nagycsoportban.

132. Molnár A., Süle F. (Karcag): A szérum kalcium- és magnéziumszint alakulása lítiummal kezelt betegeknek.

133. Süle F., Rácz L. (Karcag): Alkoholista csoportok Hill-féle tartalomelmezése.

134. Süle Zs., Süle F., Nyisztor M. (Karcag): Suicid kísérleten átesettek csoport-pszichoterápiájának latens tartalomelmezése.

135. Nyisztor M., Rácz L. (Karcag): Tranzakcionális analízis alkalmazása psychodrámban.

Szünet

136. Sebők A., Hauk I. (Szolnok): Astaffieri plastica.

137. Bialoskurski K., Hauk I. (Szolnok): A tonsillectomia indikációi.

138. Farkas B., Varga G., Molnár A., Meisel T.-né, Lakatos B. (Karcag): A cink-poligalakturonat hatása lábszárfelekérek gyógyulására.

139. Faragó M. (Szolnok): Az acut pigment-epithelitis szubjektív tünetei.

140. Pongor J., Bernhard G. (Szolnok): Ophthalmomyosis externa.

Október 12., 9 óra

A sectio

141. Nagy A., Pákozdy P. (Szolnok): Emlődaganatok intraoperatív diagnosztikája.

142. Krasznai G., Mécs J., Sebők A., Tönköl I. (Szolnok): Gyulladásos fibrosus histiocytoma.

143. Romhányi I. (Szolnok): Cystosarcoma phylloides mammae.

144. Bozók E., Krasznai G., Karsay K., Sebők A. (Szolnok): Spontán regressiót mutató malignus melanoma esete.

145. Balogh S., Muhari M., Hegedüs Zs. (Szolnok): Melanoma malignum idegrendszeri metastasizálásairól.

146. Kató L., Rábik J. (Szolnok): Uterus-carcinomás eseteink.

147. Hegedüs Zs., Uhrin K., Németh J., Karsay K. (Szolnok): Sarcomatoid hypernephroma.

Szünet

148. Kárpáti F. (Szolnok): Az urológus és a nem urológiai eredetű hematuria.

149. Kovács L. M., Németh J. (Szolnok): Kettős vesén végzett műtéteink.

150. Horváth J., Egressy G. (Szolnok): Kórokozók változása négy év tükrében urológiai beteganyagban.

151. Szűcs I., Mártz J. (Szolnok): A néma hematuria a specifikus és malignus vesefolyamatok szemszögéből.

152. Szelepcsényi J., Tönköl I., Németh J. (Szolnok): Nehézségek a vesetuberkulózis kórismézésében.

153. Egressy G., Horváth J. (Szolnok): Gondozott köves betegeinkről.

154. Tönköl I., Németh J. (Szolnok): A húgyúti kövek vizsgálata és ennek jelentősége a kőképződés megelőzésében.

Október 12., 9 óra

B sectio

155. Oszlánszky O. (Karcag): A carotis és arteria vertebralis kompressziójának hatása az arteria vertebralis reogramjára.

156. Ludmány É. (Szolnok): Intracerebralis mélyvénás thrombosis.

157. Karsay K. (Szolnok): Az extracranialis érelváltozások oki szerepéről cerebrovascularis insultusokban.

158. Fügi S., Karsay K., Muhari M., Hódossy M. (Szolnok): Idegrendszeri lassú vírus betegségekről.

159. Tóth I., Muhari M. (Szolnok): Agydaganatok és epilepszia.

160. Nagy I. (Karcag): Fahr-szindróma pszichiatria szempontból.

Szünet

161. Krivácsy G. (Szolnok): Méhen belüli eszközzel szerzett tapasztalatok.

162. Rábik J., Kató L. (Szolnok): Jobb alhasi fájdalmat okozó körképek.

163. Bene L., Karsay K., Illés Á. (Karcag): Szimultán terhesség.

164. Karsay K., Bene L., Illés Á. (Karcag): Prostaglandinnal történő terhességmegszakítások gyakorlati jelentősége.

165. Nyerges L. (Szolnok): A perinatalis mortalitás és morbiditás Szolnok megyében.

Október 12., 9 óra

C sectio

166. Márkus E., Czákó L. (Szolnok): Vizeletbakteriológiai vizsgálatok cukorbetegségeknél.

167. Furár M., Rábik J.-né, Kun Á. (Szolnok): Donor vérminták Rh genotipizálása transzfúziós reakció kivédése miatt.

168. Gyarmathy J., Mészáros S. (Szolnok): Minőségi ellenőrzés laboratóriumunkban.

169. Kiss A. F., Szeghy G., Szentandrassy J., Juhász I., Kenyeres B. (Szolnok): A könnyű klinikai kémiai vizsgálata.

170. Nagy S., Molnár I., Kiss A. F. (Szolnok): A betegellátás néhány problémájáról megyei rendelőintézeti laboratóriumunkban.

Szünet

171. Tarján P. (Szolnok): A hipertónia felismerésének és kezelésének aktuális problémái.

172. Mezey G., (Szeged): Gyógyszeres interakciók.

173. Matuz D., Bereczki E., Karácsony J., Kondics Sz., Rédl J., Szamosvölgyi M. (Szolnok, Nagykőrű): Cardiovascularis megbetegedések előfordulása és gyakorisága a nagykőrűi lakosságszűrés eredményei alapján.

174. Urbán L., Ludmány É., Schváb A. (Szolnok): Myocarditis rheumatica boncolással igazolt esete.

175. Boda J., Schváb A., Czákó L. (Szolnok): A thyreotoxikus cardiomyopathiáról.

Október 12., 9 óra

D sectio

176. Clemens M., Kranczler É. (Karcag): Vastagbél stenosis rtg-tüneteit adó pancreas folyamatok.

177. Pap S., Fehér I., Kosztadinov K., Rajcsányi Zs. (Mezőtúr): Vastagbélműtéteink elemzése.

178. Nagy L., Pataki F. (Szolnok): Gondolatok a vastagbél sebészetről.

179. Katona I., Kisgergely Gy. (Szolnok): Felnőttkori megacolonról esetünk kapcsán.

180. Vekszler Gy. (Szolnok): Fellelőtlenség okozta fagyási sérülések mindkét kéz ujjain.

181. Nagy S., Horváth F. (Karcag): Malignus vékonybél tumor trauma hatására bekövetkezett invaginációja.

182. Kabai J., Fazekas J. (Szolnok): Parenterális táplálás intenzív részlegünkön.

Szünet

183. Vekszler Gy. (Szolnok): Centralis talus ficam esete.

184. Szegedi L. (Szolnok): Semi-conservatív műtéti megoldás nyílt, darabos lábszártörések esetében.

185. Nagy S. (Karcag): Térdizületi osteochondromatózis esete.

186. Boros Zoltán (Szolnok): A combnyaktörések osztályunk 5 éves anyagában.

187. Bálint E. (Mezőtúr): Sorozatos stresszhatásra, többször kiújult, masszív vérzések miatt reoperált időskori gyomorfekély.

Részvételi díj: 100,— Ft. Befizetendő a helyszínen.

Az előadások időtartama 8 perc, az esetbemutatás 5 perc, hozzászólás 3 perc.

Vetítési lehetőség 5×5-ös dia pozitív.

A Pásztói Megyei Kórház II. Tudományos Bizottsága 1979. október 5-én Pásztón, a Lovász József Művelődési Központban rendezi a VII. Nógrád megyei Orvos—Gyógy-szerész napot.

Dél előtt 9.00 óra

Kovács Ferenc, a járási hivatal elnöke, Kovács Bertalan dr., a kórház igazgatója: Üdvözlések.

Harakály Mária dr.: Megnyitó.

Plenáris ülés

Prof. Rodé Iván: A megyei onkológus szerepe a daganatos betegségek gyógyításában.

Girinyi Margit EüM főoszt. vez.: Üzemegészségügyi ellátásunk aktuális kérdései.

Szünet

Dél előtt 11.00 óra

(Klubterem)

I sectio

Üzemegészségügy

Elnök: Orsai Katalin.

Titkár: Császár László.

1. Orsai Katalin (Salgótarján): A munkaköri alkalmasság elbírálása és jelentősége az üzemorvosi gyakorlatban.

2. Langmayer Balázs (Pásztó): Üzemorvosi tapasztalataink a Váci Kötöttárugyár Pásztói Gyáregységében.

3. Szabó Lajos (Salgótarján): Zajártalom az SKÜ-ben.

4. Varga Ilona (Salgótarján): Vibrációs megbetegedések vizsgálata az SKÜ-ben.

5. Magyarai Ildikó, Marosi Irén (Salgótarján): A börgyógyászati osztályon végzett allergiás vizsgálatok üzemegészségügyi vonatkozásai.

6. Cseplák György (Salgótarján): A perifériás keringés megítélését célzó vizsgálatok munkahelyegészségügyi vonatkozásai

7. Lukács Ida, Bodzás Magda (Salgótarján): Bőrbetegségek táp-
penzes helyzetének alakulása és

elemzése a foglalkozási ártalmak tükrében.

8. Deme Éva, Fancsik János (Salgótarján): A tendinitisek aetio-pathogenesise és conservatív kezelési lehetőségei.

9. Ruzsik Zsuzsanna, Fancsik János (Salgótarján): Adatok a periarthritis umeroscapuláris kórképéhez.

10. Novák László, Kovács András (Pásztó): Famegmunkálás közben keletkezett kézsérülések elemzése.

11. Urbán Zsuzsanna (Salgótarján): Az időjárásérzékenység egyes munkalélektani kérdései.

Dél előtt 11.00 óra

(Elméleti terem)

II. sectio

Onkológia

Elnök: Telek György.

Titkár: Tóth József.

1. Telek György (Salgótarján): Megyénk onkológiai ellátásának kérdései.

2. László Mária (Balassagyarmat): Cytológiai vizsgálataink.

3. Gyepes Péter, Pártosfalvi András (Salgótarján): Endoscopos vizsgálatokkal szerzett tapasztalataink.

4. Lengyel István, Figus Albert, Simon László (Pásztó, Jászberény): Tapasztalataink gastroenterológiai betegeink kivizsgálásában.

5. Éles János (Pásztó): A területi és üzemi rákszerűségek során szerzett tapasztalataink.

6. Farkas András (Pásztó): A portio elváltozások ellátása gyakorlatunkban.

7. Oppe Emil, Szabadkai György (Balassagyarmat): 10 éves méhszájconisatiós anyagunk ismertetése.

8. Görög Dénes, Vallent Károly (Budapest): Az emlődaganatok vizsgálatának és sebészeti kezelésének néhány kérdése.

9. Lukács Ida, Tóth Irén, Stark Attiláné (Salgótarján): Bőronkológiai gondozásunk 10 éves tapasztalatai és további feladatai a kórház-gondozóintézeti integráció keretében.

10. Marosi Irén, Cseplák György (Salgótarján): A rosszindulatú bőrdaganatok kórismézésének néhány kérdése.

11. Cseplák György, Antal Elemér (Salgótarján): A rosszindulatú bőrdaganatok komplex kezelése kórházunkban.

Szünet

14.30 óra

Elnök: Farkas András.

Titkár: Novák László.

12. Pásztor József, Kovács András (Pásztó): Bőrtumorok eltávolítása és correctio megoldása osztályunk anyagában.



13. *Pirkner Ferenc* (Salgótarján): A tartó- és mozgatószervrendszer daganatainak orthopaediai ellátása.

14. *Antal Elemér* (Salgótarján): Carcinoma morbiditas genetikai aspectusa.

15. *Pavol Cernák* (Losonc): Malignus daganatok kobalt sugárterápiás kezelése a losonci járás területén.

16. *Halász Miklós, Flautner Lajos, Tihanyi Tibor, Magyar Ambros, Stekker Károly* (Budapest): Postoperatív pancreas fistulák glucagon infúziós kezelésének eredményei.

17. *Steiner Antal, Erős László, Frankfurter Zsuzsa, Ján Huba* (Balassagyarmat): Az emlőrákos betegek túlélése különös tekintettel az elsősülött gyermek nemére osztályunk négyéves anyagából.

18. *Kovács Vendel, Bujalka Rézso* (Salgótarján): Az ovárium malignus Brenner tumora.

19. *László Mária, Singely István, Szakács Zoltán* (Balassagyarmat): Krukenberg-daganattal társult Albers-Schönberg-kór.

20. *Krekó József, Spellenberg Sándor* (Balassagyarmat): Paranasális sinusokból kiinduló tumorok.

21. *Krekó József* (Balassagyarmat): Thyreoglossus járatok és tömlők.

22. *László Mária* (Balassagyarmat): Abrikosoff-tumor vastagbélben.

23. *Cseplák György, Bönsch László* (Salgótarján): A paraneoplasticus syndromáról egy eset kapcsán.

24. *Berthold Magdolna, Novák Károly* (Balassagyarmat): A balassagyarmati Női Idegosztály 5 éves anyagának primer idegrendszeri daganatos megbetegedései.

25. *Szöllősi Zsuzsanna* (Salgótarján): Malignus lymphomához társult Boeck sarcoidosis differenciáldiagnosztikai problémák.

Délelőtt 11.00 óra

(Nagyterem)

III. sectio

Szabadon választott

Elnök: *Lengyel István.*

Titkár: *Jutasi Ernő.*

1. *Turay Pál, Nagy Rozália, Vas Mária, Jambrick Veronika, Kósa Júlia* (Salgótarján): DIC-syndromás betegek kezelésével szerzett tapasztalataink.

2. *Csász László, Harrer Magdolna* (Pásztó): Megfigyeléseink a bronchitis spastica etiológiája és terapiája szempontjából.

3. *Szarvas Katalin, Lengyel István* (Pásztó): Cukorbetegség komplex ellátása és terapiás eredmények.

4. *Futó Gyula* (Pásztó): Prinzmettal anginás esetünk a differenciáldiagnostica tükrében.

5. *Edelmayer Mária* (Balassagyarmat): Alkoholista betegek kivizsgálásának eredményei.

6. *Kadosa Ildikó* (Balassagyarmat): Tapasztalataink és problémáink az alkoholista betegek gyógykezelésében.

7. *Szabó Endre, Antal Ilona* (Balassagyarmat): A balassagyarmati Ideggondozó Intézet rehabilitációs tevékenysége.

8. *Végh György* (Salgótarján): A megye cardiológiai ellátásának szervezési kérdései.

9. *Bacsik Katalin, Sajtos Lajos* (Balassagyarmat): Antiepilepticumok vérszint mérésével szerzett tapasztalataink.

10. *Bodor József* (Salgótarján): Alagút syndromák az ambuláns gyakorlatban.

Szünet

14.30 óra

Elnök: *Fölker Antal.*

Titkár: *Szarvas Katalin.*

11. *Lukács Ida, Barthó Jenőné* (Salgótarján): A syphilis fertőző formáinak előfordulása és járványügyi sajátosságai Nógrád megyében.

12. *Rózsa György* (Balassagyarmat): Intranucleáris inclusiók psoriasis és lichen ruber planus bőrjelenségeiben.

13. *Borszéki Erzsébet* (Balassagyarmat): Morbus Griggler Nájjar.

14. *Csiszár Károly, Reichard Jenő* (Salgótarján): A terhesgondozás keretében végzett bacteriuria vizsgálat.

15. *Szabadkai György, Oppe Emil* (Balassagyarmat): Enzaprost alkalmazásáról 108 eset kapcsán.

16. *Barczy József, Mészáros László* (Balassagyarmat): Műtétes szüléseink elemzése 11 099 szülés alapján.

17. *Barczy József, Mészáros László* (Balassagyarmat): 10 éves szülészeti anyagunk perinatalis mortalitásának értékelése.

18. *Ráth Dezső, Kovács Zsolt* (Salgótarján): Percutan vena subclavia kanülálás az intenzív betegellátásban.

19. *Baranyi Károly, Kren Károly, Vajda József* (Balassagyarmat): Thrombosis prophylaxis osztályunkon.

20. *Pethő Ferenc, Hamza Anna* (Salgótarján): A posttraumás agyödéma gyógyszeres kezelésével szerzett tapasztalataink.

21. *Dudás Gyula, Steiner Antal, Erős László, Ján Huba* (Balassagyarmat): A műteti bemosakodás modernizálása.

Szünet

Elnök: *Lükő Géza.*

Titkár: *Bagoly Sándor.*

22. *Forgács András, Flautner Lajos, Horányi János, Halász Miklós*

(Budapest): A gastroduodenalis fekélyek sebészeti kezelésének újabb lehetőségei az irodalom tükrében.

23. *Weltner János, Kövesd Zsuzsa, Varga István, Forgács András, Bock György* (Budapest): A műteti kockázat súlyozott számrendszerű felmérése általános sebészeti beteganyagban.

24. *Asztalos Béla, Ján Huba, Kren Károly* (Balassagyarmat): Urachus anomáliák.

25. *Jankura Miklós, Kormos Margit, Molnár Lajos, Juhász Mária, Halmos Péter* (Salgótarján): Tapasztalataink anticonvulsiv szerrel a tinnitus kezelésében.

26. *Marton Tibor, Tuba Gábor, Kochmáros Tamás* (Salgótarján): A Schönlein-Henoch-betegség stomatológiai vonatkozásai.

27. *Nyul Lajos* (Salgótarján): Osteomyelitissel szövődött mandibula fractura során megszüntetett progenia.

28. *Halmos Péter* (Salgótarján): Sinus frontális törés kezelése csontragasztóval.

29. *Matkulcik Miklós* (Salgótarján): Felső állcsont protractiójának megoldása sebészi beavatkozással és egybeöntött ergó fix pótlással.

Délelőtt 11.00 óra

(Kórház könyvtára)

IV. sectio

Elnök: *Szmetana Aladár.*

Titkár: *Kovács József.*

1. *Szakács Imre, Lőrincz Géza* (Salgótarján): Az intézeti magisztrálás gyógyszerkészítés bőrgyógyászati vonatkozásai.

2. *Monoky Ferencné* (Salgótarján): A vezetés pszichológiája.

3. *Tóth Tiborné, Madarász Lászlóné* (Balassagyarmat): Suppositoriumok készítése termoregulátoros kúpöntéssel.

4. *Csábi Ilona* (Balassagyarmat): A gyógyszerek adagolásának megkönnyítése a gyermekgyógyászatban.

5. *Raksányi Vilmosné* (Balassagyarmat): S. U. F. oldat stabilitási vizsgálata.

6. *Dancs Imréné, Dudás Györgyné, Makay Istvánné, Márton Bálint* (Balassagyarmat): A diquat-parquat tartalmú gyomirtószerek toxikológiája.

7. *Honti Béla* (Balassagyarmat): Új módszer az antibiotikumok perkután abszorpciójának vizsgálatára.

8. *Dorsich Mátyás* (Pásztó): Kenőcs-alapanyagok, kenőcsök, olajok mikrobiológiai vizsgálata.

9. *Reiter László* (Balassagyarmat): A szécsényi gyógyszerár kutatásának eddigi eredményei.

Előadások ideje 8 perc. Vetítési lehetőség biztosított.

Az előadás anyagát kérjük leadni.

MEGJELENT

MORPHOLOGIAI ÉS IGAZSÁGÜGYI ORVOSI SZEMLE

1979. 3. szám

Szuchovszky Gyula dr., Szemantsik Tibor dr., Tiborez Sándor dr.: Mérgezés okozta baleseti halálozás Euda-
pesten az 1961–1975. években.

I. Összefoglaló adatok.

II. Szénmonoxid-mérgezés.

III. Alkoholmérgezés.

IV. Különféle mérgezések.

Ormos Jenő dr., Mohácsi Gábor dr.,
Kuthy Enikő dr., Bóti Zsuzsanna dr.:
A vesecsatornahám átalakulása ki-
sérletes malakoplakiában.

Répássy Gábor dr., Szende Béla dr.,
Lapis Károly dr., Besznayk István dr.,
Szobor Albert dr., Szathmáry István
dr., Molnár János dr.: Az epithelia-
lis tymomák ultrastrukturája és fel-
osztása.

Répássy Gábor dr., Szobor Albert dr.,
Lapis Károly dr., Szathmáry István
dr.: Myasthenia gravis: A hyperpla-
siás epitheliális sejtek. Morfometriás
és ultrastrukturális tanulmány.

Varga Tibor dr., Réffy Antal dr., Ván-
dor Ervin dr.: Myocardialis károsodá-
sok véreztetési hypotóniában.

Józsa László dr., Bálint B. József dr.,
Demel Zsuzsa dr., Réffy Antal dr.,
Szilágyi István dr.: Inruptúrához csat-
lakozó vázizomelváltozások.

Mónus Zoltán dr., László Ferenc dr.:
Tesztoszteron + vazopresszin adagolást
vesekéreg-nekrózis kivédése cyprote-
ron acetáttal.

Szendrényi Júlia dr., Kupecz Ilona dr.:
Kronikus vesebetegség öngyilkossága
shunt megszüntetésével.

KÍSÉRLETES ORVOSTUDOMÁNY

1979. 4. szám

Várkonyi Tibor, Bálint Gábor, Csáti
Sándor, Varró Vince: Laboratóriumi

módszer kis mennyiségű szöveti gli-
kogén kimutatására.

Rubányi Gábor, Balogh István dr. és
Kovács Arisztid: Szubcelluláris kal-
cium lokalizáció nyúl méhizomzatban.

Fazekas Árpád, Pösch Elek, Hársing
László: Szájkeletiek véráramlásának
meghatározása Rb megoszlási, vala-
mint jelzett mikroglyngymódszerrel.

Lakatos Lajos, Karmazsin László,
Oroszlán György, Tóth Tamás és Ve-
kerdy Zsuzsanna: Hexobarbital alvási
idő D-Penicillammal kezelt Wistar-
és Gunn-patkányokban.

Bakay Endre, Vajda András és Füzessy
Zoltán: Teljes értékű, gyengített és
callusos csont mechanikai tulajdon-
ságainak vizsgálata holografikus in-
terferometriával.

Németh Ilona és Boda Domokos:
Allopurinol és aktiv metaboltja
együttös koncentrációmérése a szérum
xantinoxidáz enzimgátló hatása alap-
ján.

Sonkodi Sándor, Náfrádi József és Ko-
csis Júlia: Portális véna szűkítés ha-
tása a vérnyomásra, a renin-angioten-
zin rendszerre és a nátrium ürítésre
patkányban.

Benedek György, Szikszay Margit, Zol-
tán Ors Tamás, Obál Ferenc: Adatok
a trilonsszulfát (TET) okozta mérge-
zés korai stádiumának pathomecha-
nizmusához.

Lonovics János, Hajnal Ferenc, Fodor
Eleonóra, Szabó Imre, Varró Vince:
Cholecystokinin-oktapeptid bontó en-
zim vizsgálata kutya vesében.

Szabados Sándor és Laczkó Jenő:
Szuszpenzióban fixált kis mennyiségű
sejt beagyzása elektronmikroszkópos
vizsgálatra.

Sipos József, Gábor Valéria, Tóth Zol-
tán és Bartók Katalin: Concanavalin
A indukálta lymphokin képződés de-
tektálása adherencia gátlás és migrá-
ciós gátlás módszerrel.

González-Cabello R., Gergely Péter: A
teljes vér blaszto transzformációja nő-
vényi mitogének hatására.

Sebestyén Gyula, Pap Ilona, Gergely

Vera: Vércukorterhelés vizsgálata két
patkánytörzsről.

Fazekas Árpád, Pösch Elek, Hársing
László: A véráramlás nyelven belüli
megoszlásának változása adrenalin ha-
tására kutyaiban.

Szöllősi Géza, Udvardi Judit, Náfrádi
József, Karácsony Gizella, Bálint Gá-
bor, Varró Vince: Patkányon kivál-
tott Indomethacin gyomorfekély pato-
mechanizmusáról és befolyásáról.

Csiba András és Samu Antal: Metroni-
dazol spektrofotometriás meghatáro-
zása biológiai folyadékokból.

Gerő László, Korányi László, Tamás
Gyula jr.: C-peptid radioimmunológiai
meghatározása.

Barta Ottó, Szepesi János: Ismételt in-
traarticularis nyomásfokozással létre-
hozott aszeptikus combfejnekrosis
nyulakon.

Alföldy Pál és Ernst-Martin Lemmel:
Pollanionok hatása emberi vérleuko-
cyták nitroretrozoliumkék (NBT) re-
dukciójára.

Szőör Árpád és Boross Adrián: Kü-
lönbözően regulált aktomioninok
szuperprecipitációjának fotometriás
vizsgálata.

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

1979. 6. szám

Gallai Margit dr.: Örökletes periphériás
neuropathia elektronmikroszkópos
vizsgálata.

Gács Gyula dr., Mérei F. Tibor dr.,
Bodósi Mihály dr.: Az arteria caro-
tis interna elzáródását megelőző álla-
potok felismerésének lehetősége és
fontossága.

Szegedy László dr., Balogh István dr.,
Fehérvári Eva dr., Hubay Márta: Az
agyödéma kialakulásának és szerepé-
nek elektronmikroszkópos vizsgálata
kísérletes epilepsziás górcsókban.

Kónya Gyöngyvér dr., Polay Erika dr.,
Szűcs Rozália dr., Tomcsányi Teodó-
ra dr.: Tapasztalatok a pszichoterá-
piás kezelés kórházi feltételeiről.

Rihmer Zoltán dr., Szűcs Rozália dr.:
Nem pszichotikus depressiók elkülö-
ntése alvásmegvonással.

A CHIRANA – EXPORT

Csehszlovák Külkereskedelmi Vállalat

orvosi műszer és készülék

kiállítást rendez az



Bemutatótermében

(Budapest VI., Népköztársaság útja 36.)

A kiállítás megtekinthető:

1979. október 4-én

11 – 16 óráig

október 5–10-ig

9 – 16 óráig

MINDEN ÉRDEKLŐDŐT SZERETETTEL VÁRUNK!



2403

ELŐADÁSOK-ÜLÉSEK

Dátum	Helye	Időpont	Rendező	Tárgy
1979. okt. 5. péntek	Szájsebészeti Klinika, VIII., Mária u. 52.	délelőtt 8,30 óra	Magyar Fogorvosok Egyesülete	A Konzerváló Fogászati Szakosztály előadásai. 1. Szabó János (Pécs): A dentin somaticus idegelemeinek vizsgálata autoradiog- ráfiás módszerrel. 2. Esztári Imre, Koszta Erzsébet: NO ₂ -vel végzett gyökértömések ellenőrző vizsgálatának eredményei
1979. okt. 5. péntek	Orsz. Testnevelési és Sportegészségügyi Intézet ebédlője, XII. Alkotás u. 48.	délután 14,30 óra	Orsz. Testnevelés, és Sportegészségügyi Intézet	Pucskos József, Malomsoki Jenő: A szervezet só- és vízháztartásának regulá- ciója: a sav-bázis háztartás ellenőrzése
1979. okt. 8. hétfő	Budapest, VI., Anker köz 1., félem. 11., METESZ előadóterme	délután 15 óra	Magyar Arteriosclerosis Társaság	Prof. C. J. Miras, M.D. Ph. D. (Athén): Anyagcsere zavarak atherosclerosisban
1979. okt. 8. hétfő	Pécsi Orvostudományi Egyetem Központi Épület	délután 16 óra	Pécsi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportha	1. Esetismertetés (Gyermecklinika). 2. Trombitás Károly, Tigyi-Sebes Anna: Izolált myofilamentumok molekuláris struktúrájának vizsgálata elektronmikrosz- kóppal. 3. Belágyi József, Gróf Pál, Pallai Gábor: Az izomműködés fehérjedi- namikájának vizsgálata szaturációs transzfer EPR módszerrel. 4. Pappi András, Dely Mátyás, Práger Péter: A (NA ⁺ +K ⁺) ATP-áz aktivitás redox szabályozásá- nak vizsgálata sejtes rendszerben
1979. okt. 11. csütörtök	Orsz. Közegészségügyi Intézet nagy előadóterme, IX., Gyáli u. 2-6.	délelőtt 8 óra	Főv. Heim Pál Gyermeckórház, mint Dél-Pest Területi Kórház	Neuwirth Magda: A központi idegrendszer betegségei
1979. okt. 11. csütörtök	Semmelweis OTE Neurológiai Klinikák előadóterme, VIII., Balassa u. 6.	délután 14 óra	Semmelweis Orvostudományi Magyar Ideg- Elmeorvosok Társasága	1. V. Hudolin (Zágráb): Az alkoholizmus leküzdésének szervezési lehetőségei (német nyelven). 2. Veér András, Juhász Pál: Adatok Budapest VIII. ker. lakos- sága alkoholfogyasztásához és az idült alkoholizmus epidemiológiájához. 3. Kardos György: Néhány kritikai megjegyzés az alkoholizmus gyógykezeléséről

Felhívás!

LAPZÁRTA: a kívánt, aktuális szám megjelenése előtt legalább 18 nappal!

Kérjük a rendező társaságokat, hogy a HÍREK rovatba közlésre szánt programjai-
kat a szerkesztőségnek

— jól olvasható (eredeti) példányban,

— kettős sortávolsággal, egyik oldalra gépelve küldjék meg. Külföldi előadó elő-
adásának címét magyarul kérjük megadni, zárójelben feltüntetve, hogy milyen
nyelven hangzik el. Mindezt azért kérjük nyomatékklal, mert a HÍREK átfutási ide-
je nagyon rövid, korrekúrafordulót nem tesz lehetővé.

Másolati példányt vagy két oldalon nyomtatott szövegű programot nem fogad-
hatunk el.

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 17 000 példányban

A kiadásért felel Dr. Petrus György igazgató

Telefon: 116-660

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál,
a Posta hírlapüzletében és a Posta Központi Hírlap Irodánál
(Budapest V., József nádor tér 1., Postacím: 1900 Budapest)

közvetlenül vagy átutalási postautalványon, valamint átutalással a PKHI MNB 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámára.

Szerkesztőség: 1363 Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 325-109, ha nem felel: 327-530/135

Előfizetési díj egy évre 432,— Ft, negyedévre 108,— Ft, egyes szám ára 9,— Ft



79.2561 Tipografika Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

ISSN 0030-6002

INDEX: 25 674